

แบบคำขอให้มีการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ ผู้สูงอายุ
ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ประวัติบุคคล

๑. คำนำหน้าชื่อ (ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว)ชื่อ.....นามสกุล.....

เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

๒. เลขที่บัตรประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐ กรณีไม่มีเนื่องจาก.....

๓. วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

๔. สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ สมรสแยกกันอยู่
☐ หย่าร้าง ☐ ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน ☐ หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

๕. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

ชื่อสถานที่.....รหัสประจำบ้าน ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐ ☐

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

๖. ที่อยู่ปัจจุบัน

☐ ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียน จำนวนผู้อาศัย.....คน

(กรณีเป็นอยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ให้ทำเครื่องหมาย/ใน ☐ และเข้าไปกรอกข้อ ๗)

ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน.....รหัสประจำบ้าน ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐ ☐

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....อบต./เทศบาล.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....โทรสาร.....

๗. สมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย

ที่	ชื่อ - สกุล	อายุ (ปี)	เกี่ยวข้องกับ	อาชีพ	รายได้ (บ/ด)	หมายเหตุ

/ส.ลักษณะที่อยู่อาศัย...

๘. ลักษณะที่อยู่อาศัย ☐ บ้านตนเอง ☐ อาศัยผู้อื่นอยู่ ☐ บ้านเช่า ☐ อยู่กับผู้จ้าง ☐ ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง
สภาพที่อยู่อาศัยปัจจุบัน

.....

๙. ประเภทผู้ประสบปัญหา

- ☐ ผู้พิการ ประเภทของความพิการ.....
- ☐ จดทะเบียนคนพิการ เลขบัตรประจำตัวคนพิการ.....ระดับความพิการ.....
- ☐ ไม่ได้จดทะเบียนคนพิการ
- ☐ ผู้สูงอายุ
- ☐ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน
- ☐ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

๑๐. โรคประจำตัว.....

๑๑. ระดับการศึกษา

- | | |
|--|---|
| ☐ ไม่ได้รับการศึกษา/ไม่จบชั้นประถมศึกษา | ☐ ประถมศึกษา |
| ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น | ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย |
| ☐ ปวช./เทียบเท่า | ☐ ปวส./อนุปริญญา/เทียบเท่า |
| ☐ ปริญญาตรี | ☐ สูงกว่าปริญญาตรี |
| ☐ อื่นๆ (ระบุ)..... | |

๑๒. อาชีพ

- | | | | |
|---|--|--|--|
| ☐ ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน | ☐ นักเรียน/นักศึกษา | ☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว | ☐ ฤกษุ/สามเณร/แม่ชี |
| ☐ เกษตรกร (ทำไร่/นา/สวน/เลี้ยงสัตว์/ประมง) | ☐ รับจ้าง | ☐ ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ | |
| ☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ | ☐ พนักงานบริษัท | ☐ อื่นๆ ระบุ..... | |

๑๓. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท ที่มาของรายได้ ☐ ด้วยตนเอง ☐ ผู้อื่นให้

๑๔. ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้.....ความเกี่ยวข้อง.....เบอร์โทรศัพท์.....

๑๕. การได้รับความช่วยเหลือ/สวัสดิการ/อุปกรณ์/เครื่องช่วย ที่เคยได้รับ

๑.จาก.....พ.ศ. จำนวนชิ้น
๒.จาก.....พ.ศ. จำนวนชิ้น
๓.จาก.....พ.ศ. จำนวนชิ้น

๑๖. สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ เลือกตอบได้ (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

- ☐ ไม่มีที่อยู่อาศัย ☐ ไม่มีรายได้ ☐ รู้สึกด้อยกว่าผู้อื่น
- ☐ ..ถูกรังเกียจเหยียดหยาม ☐ ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ ☐ ครอบครัวหรือผู้อุปการะมีฐานะยากจน
- ☐ ..ไม่มีโอกาสเรียนหนังสือ ☐ ไม่ได้รับการฝึกอาชีพ ☐ ไม่มีเงินกองทุนประกอบอาชีพ
- ☐ มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ ☐ ถูกทอดทิ้ง ☐ ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู ☐ มีความลำบากเมื่อออกนอกบ้าน
- ☐ ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ☐ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนหรือการปรับตัวที่เหมาะสม
- ☐ ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน
- ☐ เงินไม่พอใช้จ่าย
- ☐ ไม่มีคนอุปการะ/ไร้ที่พึ่ง ☐ ไม่มีงานทำ ☐ ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน
- ☐ ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง ☐ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชีวิตประจำวัน

๑๗. ความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง

- ☐ พื้นบ้าน / หลังคา / บันได
- ☐ ฝาบ้าน / ห้องนอน / ประตู / หน้าต่าง / ระบบไฟฟ้า (สวิตซ์ไฟฟ้า / ปลั๊กไฟ / สายไฟ)
- ☐ ห้องน้ำ / ห้องสุขา
- ☐ ระเบียง / ชานบ้าน
- ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

การตรวจประเมินการปรับสภาพ

ตรวจประเมินวันที่.....

ชื่อ-นามสกุลเจ้าหน้าที่.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

ลงชื่อ.....ผู้บันทึกข้อมูล (เจ้าหน้าที่อปท.รับผิดชอบ)
(.....)

ความเห็นของผู้ประเมิน (สิ่งที่ควรปรับสภาพที่อยู่อาศัยตามสภาพคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่ง
เจ็บป่วย และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง)

.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน (เจ้าหน้าที่ประจำพ.สต.)
(.....)