



แบบคำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้ประสบปัญหา

ประวัติบุคคล

1. คำนำหน้าชื่อ (ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....
เชื้อชาติ.....สัญชาติ..... ศาสนา.....
2. เลขที่บัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ กรณีไม่มีเนื่องจาก.....
3. วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
4. สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ สมรสแยกกันอยู่
☐ หย่าร้าง ☐ ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน ☐ หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)
5. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
ชื่อสถานที่..... รหัสประจำบ้าน □□□□-□□□□□□-□
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
เบอร์โทรศัพท์..... เบอร์ต่อ..... โทรสาร.....

6. ที่อยู่ปัจจุบัน

- ☐ ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียน จำนวนผู้อยู่อาศัย.....คน
(กรณีเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ให้ทำเครื่องหมาย / ใน ☐ และข้ามไปกรอกข้อ 7)
ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน..... รหัสประจำบ้าน □□□□-□□□□□□-□
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... อบต./เทศบาล.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์..... โทรสาร.....

7. สมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย

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

8. ลักษณะที่อยู่อาศัย ☐ บ้านตนเอง ☐ อาศัยผู้อื่นอยู่ ☐ บ้านเช่า ☐ อยู่กับผู้อื่น ☐ ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง

สภาพที่อยู่อาศัยปัจจุบัน.....
.....
.....
.....

9. ประเภทผู้ประสบปัญหา

- ☐ คนพิการ ประเภทของความพิการ.....
ระดับความพิการ.....เลขบัตรประจำตัวคนพิการ.....
☐ ได้รับเบี้ยผู้พิการ ☐ ไม่ได้รับเบี้ยผู้พิการ
จำนวน.....บาท/เดือน/ปี จากหน่วยงาน.....
☐ ผู้สูงอายุ
☐ ได้รับเบี้ยผู้สูงอายุ ☐ ไม่ได้รับเบี้ยผู้สูงอายุ
จำนวน.....บาท/เดือน/ปี จากหน่วยงาน.....
☐ ผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

10. ระดับการศึกษา

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

11. อาชีพ

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

12. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท ที่มาของรายได้ ☐ ด้วยตนเอง ☐ ผู้อื่นให้

13. ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้.....ความเกี่ยวข้อง.....เบอร์โทรศัพท์.....

14. การได้รับความช่วยเหลือ/สวัสดิการ/อุปกรณ์/เครื่องช่วย ที่เคยได้รับ

1.จาก.....พ.ศ.....จำนวน.....ชิ้น
2.จาก.....พ.ศ.....จำนวน.....ชิ้น
3.จาก.....พ.ศ.....จำนวน.....ชิ้น

15. สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

สำหรับผู้ประสบปัญหาเลือกตอบได้ (ตอบได้มากกว่า 1 รายการ)

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

16. ความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุงที่อยู่อาศัย

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

การตรวจเยี่ยมบ้าน

ตรวจเยี่ยมบ้านวันที่.....
ชื่อ-นามสกุลผู้ออกตรวจเยี่ยม.....ตำแหน่ง.....
หมู่บ้าน/ชุมชน.....

ลงชื่อ.....ผู้บันทึกข้อมูล (ประธานกรรมการหมู่บ้าน/ชุมชน)
(.....)

ความเห็นของผู้ประเมิน (สิ่งที่ควรปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยตามสภาพคนพิการหรือผู้สูงอายุ) พร้อมภาพถ่ายและแบบแปลน

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน (นักกายภาพบำบัดประจำโรงพยาบาลในพื้นที่)
(.....)