แบบกองทุน 1

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 □ อยู่กับผู้จ้าง □ ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง

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

/9. ประเภทผู้ประสบปัญหา...

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 ☐ ภิกษุ/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

สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ เลือกตอบได้ (ตอบได้มากกว่า 1 รายการ)

☐ ไม่มีที่อยู่อาศัย ☐ ไม่มีรายได้ ☐ รู้สึกด้อยกว่าผู้อื่น

☐ ถูกรังเกียจเหยียดหยาม ☐ ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ ☐ ครอบครัวหรือผู้อุปการะมีฐานะยากจน

☐ ไม่มีโอกาสเรียนหนังสือ ☐ ไม่ได้รับการฝึกอาชีพ ☐ ไม่มีเงินทุนประกอบอาชีพ

☐ มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ ☐ ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู ☐ มีความลำบากเมื่อออกนอกบ้าน

☐ ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ

☐ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนหรือการปรับตัวที่เหมาะสม

☐ ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ☐ เงินไม่พอใช้จ่าย

☐ ไม่มีคนอุปการะ/ไร้ที่พึ่ง ☐ ไม่มีงานทำ ☐ ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน

☐ ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง ☐ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชีวิตประจำวัน

/16. ความต้องการ...

16. ความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุงที่อยู่อาศัย

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

****

การตรวจเยี่ยมบ้าน

ตรวจเยี่ยมบ้านวันที่.....
ชื่อ-นามสกุลเจ้าหน้าที่.....ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....

ลงชื่อ.....ผู้บันทึกข้อมูล (เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ)

(.....)

ความเห็นของผู้ประเมิน (สิ่งที่ควรปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยตามสภาพคนพิการหรือผู้สูงอายุ) พร้อมภาพถ่ายและแบบแปลน

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

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน (นักกายภาพบำบัดประจำโรงพยาบาลในพื้นที่)

(.....)