

การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ



คุณสมบัติของคนพิการ



1. มีบัตรประจำตัวคนพิการ
2. มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพ
3. อาศัยอยู่ในที่อยู่อาศัยนั้นไม่น้อยกว่า 6 เดือน
* ยกเว้นกรณีการย้ายเข้ามาอยู่ภายหลังเกิดความพิการ
4. ที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมต่อสภาพความพิการ
5. ไม่ได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นๆของรัฐ หรือได้รับแต่ไม่เพียงพอ

หลักฐานของคนพิการ





1. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
3. สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ จำนวน 2 ฉบับ
4. สำเนารายงานการประชุมในการทำประชาคมหมู่บ้าน
5. ประมาณการค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพบ้าน วงเงิน 20,000บาทถ้วน (โดยนายช่างจาก อบต. หรือเทศบาล)
6. แบบรายงานการสอบสภาพครอบครัวและการดำรงชีพของคนพิการ

คำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ

๑.ชื่อ ❍นาย ❍นาง ❍นางสาว.....นามสกุล.....

เลขที่บัตรประจำตัวคนพิการ ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐ ประเภทความพิการ.....

อายุ.....ปี อาชีพ.....

รายได้.....บาท/เดือน/ปี

๒.ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....อีเมล์.....

๓.สมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย

ที่	ชื่อ-นามสกุล	อายุ	อาชีพ	การศึกษา	สุขภาพ	รายได้(บ/ด)	หมายเหตุ

๔.ลักษณะที่อยู่อาศัย

❍ของตนเอง ❍อาศัยผู้อื่นอยู่ ระบุ.....

สภาพที่อยู่อาศัยและความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง

❍พื้นบ้าน / หลังคา / บันได

❍ฝาบ้าน / ห้องนอน / ประตู /หน้าต่าง / ระบบไฟฟ้า (สวิตช์ไฟฟ้า /ปลั๊กไฟ / สายไฟ)

❍ห้องน้ำ / ห้องสุขา

❍ระเบียง / ชานบ้าน

❍อื่นๆ (ระบุ) .....

.....

๕.ลักษณะการครอบครองที่ดิน ❍ที่ดินของตนเอง ❍ที่ดินเช่าจาก (ระบุ).....

❍อื่น(ระบุ).....

๖.ความคิดเห็นเจ้าหน้าที่

❍เห็นควรให้ความช่วยเหลือ.....

❍เห็นควรให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เนื่องจาก.....

ลงชื่อผู้สอบข้อเท็จจริง.....

( )

ตำแหน่ง.....

...../...../.....

แบบรายงานการสอบสภาพครอบครัวคนพิการที่สมควรได้รับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย
จังหวัด.....

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.ชื่อ-สกุล.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

๒.เพศ ☐ชาย ☐หญิง

๓.อายุ (เต็ม) .....ปี

๔.สถานภาพ ☐โสด ☐สมรส ☐หม้าย ☐หย่า ☐แยกกันอยู่

๕.คู่สมรส เป็นคนพิการหรือไม่
☐ไม่เป็น ☐มีบุตร จำนวน.....คน เป็นชาย.....คน หญิง.....คน

๖.จำนวนบุตร
☐ไม่มี ☐มีบุตร จำนวน.....คน เป็นชาย.....คน หญิง.....คน

๗.สมาชิกในครอบครัวที่พักอาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบัน (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)
☐อยู่คนเดียว ☐คู่สมรส ☐ลูก/หลาน ☐ญาติ
☐เพื่อน ☐ผู้ดูแล ☐อื่นๆ.....
รวมทั้งสิ้น.....คน

๘.ประเภทของความพิการ
☐ความพิการทางการเห็น
☐ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
☐ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
☐ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
☐ความพิการทางสติปัญญา
☐ความพิการาทางการเรียนรู้
☐ออทิสติก

๙.มีลักษณะความพิการอื่นๆ หรือไม่
☐ ไม่มี ☐มี โปรดระบุ.....

๑๐.ท่านเป็นสมาชิกองค์การคนพิการหรือไม่
☐ไม่เป็น ☐เป็น โปรดระบุชื่อองค์กร.....

๑๑.ท่านมีเอกสารสำคัญต่อไปนี้หรือไม่
๑๑.๑ ชื่อในทะเบียนบ้าน ☐ไม่มี
๑๑.๒ บัตรประชาชน ☐ไม่มี
☐ มี ระบุเลขรหัสประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐
๑๑.๓ สมุดหรือประจำตัวคนพิการ ☐ไม่มี

๑๒.ลักษณะสุขภาพโดยรวม
☐แข็งแรงมาก ช่วยเหลือตัวเองได้
☐ไม่ค่อยแข็งแรง ต้องการการดูแลบ้าง
☐ไม่แข็งแรง ต้องการการดูแลเป็นส่วนใหญ่
☐อ่อนแอ ต้องการการดูแลตลอดเวลา

๑๓.โรคประจำตัว
☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ.....

๑๔.การนับถือศาสนา ☐ พุทธ ☐คริสต์ ☐อิสลาม ☐อื่นๆ (ระบุ).....

๑๕.ระดับการศึกษาสูงสุด ☐กำลังศึกษาอยู่ในระดับ โปรดระบุ.....
☐ประถมศึกษา (ระบุ).....
☐มัธยมศึกษา (ระบุ).....
☐อุดมศึกษา (ระบุ).....
☐ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)
☐ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)
☐ไม่ได้เรียน
☐อ่านและเขียนหนังสือได้ ☐อ่านได้ แต่เขียนหนังสือไม่ได้
☐อ่านและเขียนหนังสือไม่ได้

๑๖.ปัจจุบัน ท่านประกอบอาชีพหรือไม่
☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ประกอบอาชีพ

๑๗.กรณี ประกอบอาชีพท่านประกอบอาชีพใด (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)
☐ขายสลากกินแบ่งรับบาล ☐นวดแผนโบราณ ☐พยากรณ์ชะตาชีวิต
☐เล่นดนตรี ☐พนักงานสลับสายโทรศัพท์ ☐เกตรกรรม
☐หัตถกรรม ☐ครู/อาจารย์ ☐ข้าราชการหรือลูกจ้างหน่วยราชการ
☐รับจ้าง ☐พนักงานหรือลูกจ้างหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ
☐พนักงานหรือลูกจ้างบริษัทห้างร้านหรือองค์กร เอกชน ☐เกษียณ อายุแล้ว
☐อื่นๆ โปรดระบุ.....

๑๘.รายได้ต่อเดือน ☐ไม่มีรายได้ ☐เบี้ยยังชีพคนพิการเดือนละ.....บาท
(เลือกได้มากกว่า ๑ รายการ) ☐เงินบำนาญ เดือนละ.....บาท ☐งานอดิเรกเดือนละ.....บาท
☐ลูก/หลาน/บิดา/มารดา/ญาติให้เดือนละ.....บาท
☐คู่สมรสเดือนละ.....บาท

๑๙.รายจ่ายต่อเดือน (เลือกได้มากกว่า ๑ รายการ)
☐ไม่มีรายจ่าย ☐ค่าใช่จ่ายด้านสุขภาพ เดือนละ.....บาท
☐ค่าใช้จ่ายสำหรับที่อยู่อาศัยเดือนละ.....บาท ☐ค่าใช้จ่ายทั่วไปและอาหารเดือนละ.....บาท
☐ค่าใช้จ่ายในการทำบุญ เดือนละ.....บาท ☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เดือนละ.....บาท

๒๐.ผู้ดูแล (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)
☐คู่สมรส ☐บุตร/หลาน ☐ญาติพี่น้อง ☐ว่าจ้างผู้ดูแล
☐เพื่อน/เพื่อนบ้าน ☐อปพร. ☐อื่นๆ.....

๒๑.ท่านต้องใช้อุปกรณ์ช่วย หรือไม่
☐ไม่ใช้
☐ใช้อุปกรณ์ คือ
☐ไม้เท้าขาว ☐แขน ขาเทียม ☐รถเข็น ☐รถสามล้อโยก
☐walker ☐สเลต (อุปกรณ์ในการเขียนอักษรเบรลล์) ☐เครื่องช่วยฟัง
☐หมุดไม้ (สำหรับสัมผัสจุดซึ่งเป็นลักษณะของอักเบรลล์) ☐อื่นๆ (ระบุ).....

ตอนที่ ๒ ข้อมูลการอยู่อาศัย

๒๒.ลักษณะของที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน
☐บ้านเดี่ยว ☐บ้านไม้ยกพื้น ☐บ้านสองชั้น/ครึ่งตึกครึ่งไม้
☐ทาวน์เฮ้าส์ ☐ตึกแถว ☐ห้องแถว
☐บ้านแฝด (พื้นที่..... ตารางวา) ☐อพาร์ทเม้นท์ ☐อื่นๆ.....

๒๓.ท่านอยู่อาศัย ณ ที่อยู่ปัจจุบันมาเป็นระยะเวลา.....ปี

๒๔.ลักษณะการครอบครองที่อยู่อาศัย

☐เป็นเจ้าของกรรมสิทธิ์เอง ☐เช่าระยะยาว (เช้ง).....ปี

☐เช่ารายเดือน เดือนละ.....บาท โดยมีผู้ที่เสียค่าเช่าคือ

☐ท่านจ่ายเอง ☐คู่สมรส ☐บุตร/หลาน ☐บิดา/มารดา

☐ญาติ ☐นายจ้าง ☐อื่นๆ (ระบุ).....

☐ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับคู่สมรส ☐ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับลูก/หลาน

☐ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับบิดา/มารดา ☐ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับผู้ดูแล

☐ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับนายจ้าง ☐เป็นที่สาธารณะ

๒๕.การอยู่บ้านของท่านในช่วงเวลากลางวัน ๘.๐๐-๑๖.๐๐ น. ในวันธรรมดา (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

☐อยู่คนเดียว ☐อยู่กับคู่สมรส ☐อยู่กับบิดา/มารดา

☐อยู่กับลูก/หลาน จำนวน.....คน ☐อยู่กับญาติ จำนวน..... คน

☐อยู่กับผู้ดูแล จำนวน.....คน ☐อยู่กับนายจ้าง จำนวน.....คน

๒๖.การอยู่บ้านของท่านในช่วงเวลากลางวัน ๘.๐๐-๑๖.๐๐ น. ในวันหยุด (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

☐อยู่คนเดียว ☐อยู่กับคู่สมรส ☐อยู่กับบิดา/มารดา

☐อยู่กับลูก/หลาน จำนวน.....คน ☐อยู่กับญาติ จำนวน.....คน

☐อยู่กับผู้ดูแล จำนวน.....คน ☐อยู่กับนายจ้าง จำนวน.....คน

ตอนที่ ๓ ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

๒๗.กรณีที่ท่านมีบ้าน ๒ ชั้น หรือบ้านไม้ยกพื้น ท่านได้ใช้พื้นที่ใต้ถุนบ้านหรือไม่

☐ไม่ใช้

☐ใช้ (กิจกรรมที่ทำโปรดเลือกตอบในข้อ ๒๙)

๒๘.กรณีที่ท่านมีบ้าน ๒ ชั้น หรือบ้านไม้ยกพื้น ท่านได้ใช้บันไดในการขึ้น-ลงหรือไม่

☐ไม่ใช้

☐ใช้บันไดในการขึ้น – ลง โดยมีความถี่

☐นานๆครั้ง (เดือนละ๑-๒ ครั้ง) ☐๑-๒ ครั้ง/สัปดาห์ ☐๓ - ๔ ครั้ง/สัปดาห์

☐๑-๒ ครั้ง/วัน ☐๓ – ๔ ครั้ง/วัน ☐มากกว่า ๔ ครั้ง/วัน

๒๙.ภายในบ้านพักอาศัยของท่าน ท่านทำกิจกรรมใดบ้าง และมีความถี่ของกิจกรรมในระดับใด

กิจกรรม	ความถี่(ครั้ง/สัปดาห์)			ทุกวัน	ระบุสถานที่	ระบุกิจกรรม
	๑ - ๒	๓ - ๔	๕ - ๖			
กิจกรรมการทำงาน/อื่นๆ ☐ ๑.ทำงาน						
☐ ๒.ประกอบอาหาร						
☐ ๓.ดูแลหลาน						
☐ ๔.ดูโทรทัศน์/วีดีโอ/ดีวีดี						
☐ ๕.ฟังวิทยุ/ฟังเพลง/ฟังข่าว						
☐ ๖.นอนกลางวัน						
☐ ๗.นั่งพักผ่อน-ชมวิว						
☐ ๘.อ่านหนังสือ						
☐ ๙.ทำงานบ้าน						ซักผ้า ทำความสะอาดบ้าน
☐ ๑๐.ออกกำลังกาย						
☐ ๑๑.งานอดิเรก						
กิจกรรมเยี่ยมเยือน/รับแขก ☐ ๑.เพื่อนบ้านมาเยี่ยม						☐ไม่มี/ไม่ต้องรับแขกในบ้าน
☐ ๒.ลูก/หลาน/ญาติ มาเยี่ยม						☐ไม่มี/ไม่ต้องรับแขกในบ้าน
☐ ๓.อสม. พยาบาล มาเยี่ยม						☐ไม่มี/ไม่ต้องรับแขกในบ้าน

๓๐.ภายนอกตัวบ้าน (แต่ยังอยู่ในบริเวณที่ดินที่ครอบครอง) ของท่าน ท่านทำกิจกรรมใดบ้าง และมีความถี่ของกิจกรรมในระดับใด

กิจกรรม	ความถี่(ครั้ง/สัปดาห์)			ทุกวัน	ระบุสถานที่	ระบุกิจกรรม
	๑ - ๒	๓ - ๔	๕ - ๖			
กิจกรรมการทำงาน/อื่นๆ ☐ ๑.ทำงาน						
☐ ๒.นั่งพักผ่อน-ชมวิว						
☐ ๓.อ่านหนังสือ						
☐ ๔.พูดคุยกับเพื่อนบ้าน						
☐ ๕.ทำงานบ้าน						ซักผ้า ทำความสะอาดบ้าน
☐ ๖.ออกกำลังกาย						
☐ ๗.อื่นๆ.....						

๓๑.มีกิจกรรมที่ท่านต้องพึ่งพาเพื่อนบ้านหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี โปรดระบุกิจกรรม

☐ ซื้ออาหาร/สิ่งของ

☐ พาไปหาหมอ

☐ ชำระค่าเช่า/ค่าสาธารณูปโภค เช่น ค่าน้ำ ค่าไฟ

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

๓๒.การดูแลร่างกายของท่าน (เลือกตอบได้หลายข้อ)

☐ การบ้วนปาก วันละ.....ครั้ง

☐ การอาบน้ำ วันละ.....ครั้ง

☐ การเปลี่ยนเสื้อผ้า วันละ.....ครั้ง

☐ การแปรงฟัน วันละ.....ครั้ง

☐ การสระผม สัปดาห์ละ.....ครั้ง

☐ การตรวจสุขภาพประจำปี ปีละ.....ครั้ง

๓๓.ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านได้รับบาดเจ็บจากสาเหตุต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบไม้มากกว่า ๑ ข้อ)

☐ หกล้ม จำนวน.....ครั้ง/ปี

☐ ตกบันได จำนวน.....ครั้ง/ปี

กรณีที่เคยหกล้ม/หรือตกบันได สาเหตุเกิดจาก

☐สะดุดสิ่งของที่วางเกะกะ ☐พื้นผิวมีลักษณะขรุขระไม่เรียบหรือมีของสูงทำให้สะดุด

☐ลื่นจากพื้นที่เปียก แฉะ ☐บริเวณที่เกิดเหตุมืด /ไม่สว่าง/ไม่มีไฟ

☐แขนขาอ่อนแรงไปเฉยๆ ☐สัตว์เลี้ยง เช่น แมว/สุนัขวิ่งชนหรือขวางทางเดิน

☐หน้ามืด/เวียนศีรษะ/เป็นลม ☐อื่นๆ (ระบุ).....

☐ จากยานพาหนะจำนวน.....ครั้ง/ปี

☐รถยนต์จำนวน.....ครั้ง/ปี ☐จักรยานยนต์จำนวน.....ครั้ง/ปี

☐จักรยานยนต์จำนวน.....ครั้ง/ปี ☐พาหนะอื่นๆ.....จำนวน.....ครั้ง/ปี

☐ กินยาผิดจำนวน.....ครั้ง/ปี

☐ ของมีคมบาดจำนวน.....ครั้ง/ปี

☐ ไม่เคยได้รับบาดเจ็บเลย

๓๔.สถานที่ที่ทำให้ท่านได้รับอุบัติเหตุ/หกล้ม/ตกบันได

☐ไม่เคยได้รับบาดเจ็บเลย

☐ได้รับบาดเจ็บในบ้าน

☐ห้องน้ำ/ห้องอาบน้ำ จำนวน.....ครั้ง ☐ห้องครัว จำนวน.....ครั้ง

☐ห้องนั่งเล่น จำนวน.....ครั้ง ☐ห้องนอน จำนวน.....ครั้ง

☐ชานบ้าน/ระเบียงบ้าน จำนวน.....ครั้ง ☐บันได จำนวน..... ครั้ง

☐ใต้ถุนบ้าน จำนวน.....ครั้ง ☐อื่นๆ (ระบุ).....

☐ได้รับบาดเจ็บภายในนอกบ้าน

☐ทางเดินเข้าบ้าน จำนวน.....ครั้ง ☐โรงจอดรถ จำนวน.....ครั้ง

☐บริเวณสนม ส่วนที่พักผ่อน เช่นสวนปลูกต้นไม้ จำนวน.....ครั้ง

☐สถานที่อื่นๆ ที่ไม่ใช่บ้าน (ระบุเช่น ถนน ลานวัด).....

๓๕.ท่านเลี้ยงสัตว์หรือไม่

☐ไม่เลี้ยง

☐เลี้ยวสัตว์ (ระบุชนิดสัตว์).....เลี้ยงบริเวณ.....

๓๖.ท่านปลูกพืช /ดูแลสวน /ต้นไม้ในบริเวณบ้านหรือที่พักอาศัยของท่านหรือไม่

☐ไม่ทำ

☐ทำ บริเวณ.....

ตอนที่ ๔ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการอยู่อาศัยในปัจจุบัน

๓๗.ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับลักษณะทางเดินภายในบ้าน

☐เหมาะสมแล้ว ☐ควรปรับปรุง (ระบุ).....

๓๘.สภาพปัจจุบันมีการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง การจัดส่วนพื้นที่ใช้สอยใหม่หรือไม่ (สังเกต+สัมภาษณ์)

☐ไม่มี เพราะ.....

☐มี สาเหตุของการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลงคือ

☐ ภาวะทางสุขภาพ (ความพิการ) ☐ต้องการความเป็นส่วนตัว ☐อื่นๆ (ระบุ).....

๓๙.สภาพปัจจุบันมีการต่อเติมชั้นลอย/เพิ่มพื้นที่ใช้สอยหรือไม่ (สังเกต+สัมภาษณ์)

☐มี (ระบุพื้นที่).....มีขนาด.....ตร.ม.

๔๐.วัสดุปูพื้นของพื้นที่ต่อไปนี้

พื้นที่	ไม่มีพื้นที่นี้	วัสดุปูพื้น					
		ปูน(วัสดุเดิม)	ไม้	เสื่อน้ำมัน	กระเบื้อง/โมเสก	กระเบื้องยาง	อื่นๆ (ระบุ)....
๑ ห้องนอน							
๒ ห้องนั่งเล่น							
๓ ห้องครัว							
๔ ชานบ้าน/ระเบียง							
๕ ห้องน้ำ							
๖ โรงจอดรถ							

๔๑.สภาพปัจจุบันมีการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง อุปกรณ์ประกอบอาคารหรือไม่

☐ ไม่มี เพราะ.....

☐ มี อุปกรณ์อาคารที่ปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง คือ (โปรดระบุสาเหตุที่เปลี่ยนด้วย)

- ☐ ประตู.....สาเหตุ.....
- ☐ หน้าต่าง.....สาเหตุ.....
- ☐ อุปกรณ์ในห้องน้ำ.....สาเหตุ.....
- ☐ สวิตช์/ปลั๊ก.....สาเหตุ.....
- ☐ อุปกรณ์พื้นที่ซักล้าง (เช่น ก๊อกน้ำ อ่างล้าง).....สาเหตุ.....

๔๒. ขนาดของบ้านของท่านเป็นอย่างไร

☐ขนาดกว้างใหญ่เกินไป ☐ขนาดพอดี ☐ขนาดคับแคบเกินไป

๔๓.ในบ้านของท่านได้รับแสงสว่างธรรมชาติเพียงพอหรือไม่ อย่างไร

☐แสงสว่างมากเกินไป ☐แสงสว่างพอดี ☐แสงสว่างไม่เพียงพอ

๔๔.ในบ้านของท่านมีการระบายอากาศดีหรือไม่ อย่างไร

☐ระบายอากาศดี ☐ระบายอากาศไม่ดี

๔๕.ในบ้านของท่านมีกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่ อย่างไร

☐ไม่มีกลิ่น

☐มีกลิ่น

☐กลิ่นอับ ☐กลิ่นห้องน้ำ ☐กลิ่นขยะ ☐อื่นๆ (ระบุ).....

๔๖.ในบ้านของท่านมีเสียงรบกวนหรือไม่ อย่างไร

☐ไม่มีเสียงรบกวน

☐มีเสียงรบกวน

☐เสียงเครื่องบิน ☐เสียงเพื่อนบ้าน ☐อื่นๆ(ระบุ).....

๔๗.ในบ้านของท่านมีบันไดขึ้น-ลงสะดวกหรือไม่ อย่างไร

☐ไม่มีบันได

☐มีบันไดขึ้น-ลงไม่สะดวก

☐บันไดมีขนาดเล็ก ☐บันไดแต่ละชั้นมีความสูงมากเกินไป ☐บันไดมีช่องเปิดโล่ง

☐บันไดลาดชัน ☐ไม่มีราวจับบันได ☐อื่นๆ(ระบุ).....

๔๘.พื้นที่ใช้สอยของท่านมีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร

☐มีความเหมาะสม

☐ไม่มีความเหมาะสม ในพื้นที่ (โปรดระบุสาเหตุ)

☐ห้องนอน เพราะ.....

☐ห้องครัว เพราะ.....

☐ห้องน้ำ เพราะ.....

☐ทางเดิน เพราะ.....

☐อื่นๆ (ระบุ).....เพราะ.....

☐ห้องนั่งเล่น เพราะ.....

☐ชานบ้าน/ระเบียง เพราะ.....

☐โรงจอดรถ เพราะ.....

☐พื้นที่รอบบ้าน เพราะ.....

๔๙.พื้นที่ภายนอกบ้านควรมีการปรับปรุงหรือไม่ อย่างไร

☐ไม่ต้องปรับปรุงใดๆ

☐เพิ่มหลังคาคลุมกันแดดและฝนตามทางเดิน

☐เพิ่มไม้ประดับที่ให้ความสวยงาม

☐ควรปรับปรุงทางเดินให้มีความสะดวกและสวยงาม

☐เพิ่มต้นไม้ที่ให้ร่มเงา

☐มีแปลงปลูกต้นไม้/ผักสวนครัว

๕๐.ท่านพบปัญหาในเขตบ้านของท่านหรือไม่ อย่างไร

☐ไม่พบปัญหา

☐พบปัญหา

☐น้ำท่วมขัง ☐ยุง ☐อื่นๆ (ระบุ).....

(ลงชื่อ).....ผู้สอบข้อเท็จจริง

(.....)

วันที่.....

๘

ภาพถ่ายสภาพที่อยู่อาศัยภายในและภายนอกบ้าน

หนังสือให้ความยินยอมในการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

.

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เป็น ( ) เจ้าของบ้าน

หรือ ( ) สมาชิกในครอบครัวที่ได้มอบหมายจากเจ้าของบ้านพักอาศัยเลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....ซึ่งเกี่ยวพันเป็น ( ) บิดา ( ) มารดา

( ) สามี ( ) ภรรยา ( ) บุตร ( ) หลาน ( ) อื่นๆ (ระบุ).....ของคนพิการ

ชื่อ.....นั้น

ขอทำหนังสือฉบับนี้ไว้เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

๑.ข้าพเจ้าและครอบครัวได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยให้แก่คนพิการตามโครงการฯ ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

๒.ข้าพเจ้าและครอบครัวที่มีความประสงค์และยินยอมให้มีการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้ตามรายการและระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่กำหนดทุกประการ

๓.เพื่อให้การดำเนินการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยด้วยดี ข้าพเจ้าและบริวารหรือตัวแทนของข้าพเจ้า ชื่อ.....จะอยู่ร่วมมือร่วมแรงและช่วยอำนวยความสะดวกทุกด้านอย่างเต็มกำลังความสามารถแก่คณะทำงานฯ ตลอดระยะเวลาของการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้ โดยไม่เรียกร้องค่าตอบแทนใดๆทั้งสิ้น

๔.ในกรณีที่มีสาเหตุสุดวิสัยหรือความเสียหายใดๆ เกิดขึ้นในระหว่างการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้โดยที่ข้าพเจ้าหรือตัวแทนของข้าพเจ้าได้รับรู้ด้วยแล้ว ข้าพเจ้าและครอบครัวจะไม่เรียงร้องค่าเสียหายหรือสิทธิใดๆ ทั้งสิ้นจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่อย่างใด

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

<u>หมายเหตุ</u> แนบเอกสารประกอบได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของบ้านพักอาศัย และคนพิการในครอบครัว

แบบประมาณการค่าใช้จ่าย

แบบประเมินการค่าซ่อมแซม/ปรับปรุง.....
ชื่อเจ้าบ้าน/สถานที่จัดกิจกรรม.....
สถานที่ดำเนินงานบ้านเลขที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ผู้ประมาณการชื่อ.....นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ค่าวัสดุ		หมายเหตุ
				หน่วยละ(บาท)	รวม (บาท)	

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)
ระยะเวลาดำเนินงาน.....วัน (โดยคำนวณจากปริมาณงาน)
ค่าตอบแทน หมายถึง ค่าจ้างเหมาในการซ่อมแซมบ้านหรือสถานที่จัดกิจกรรม โดยให้ถือปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีด้วยการพัสดุ พ.ศ.๒๕๓๕ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม