

แบบคำขอให้มีการโกลุขภณฑแบบนึ่งยอง เป็นนึ่งราบแบบราดน้ำ พร้อมตดตั่งราวจับ  
ให้แก่นคณฑการ ผู้สูงอายผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะฟึ่งฟง  
โครงการสิงห์สร้างสุข ลูกนึ่งสบาย

ประวัติบุคคล

๑. คำน่านหน้าชื่อ (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

(กรณีเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ให้ทำเครื่องหมาย/ใน  และข้ามไปกรอกข้อ 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. ระดับการศึกษา

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

๑๑. อาชีพ

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

๑๒. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท ที่มาของรายได้  ด้วยตนเอง  ผู้อื่นให้

๑๓. ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้.....ความเกี่ยวข้อง.....เบอร์โทรศัพท์.....

๑๔. การได้รับความช่วยเหลือ/สวัสดิการ/อุปกรณ์/เครื่องช่วย ที่เคยได้รับ

- ๑. ....จาก.....พ.ศ. .... จำนวน.....ชิ้น
- ๒. ....จาก.....พ.ศ. .... จำนวน.....ชิ้น
- ๓. ....จาก.....พ.ศ. .... จำนวน.....ชิ้น

### ๑๕. 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/ไรที่พึ่ง       ไม่มีงานทำ       ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน
- ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง       ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชีวิตประจำวัน

### ๑๖. ความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง

- เปลี่ยนโถสุขภัณฑ์แบบนั่งยองเป็นนั่งราบ แบบราดน้ำ
- รววจับ

### การตรวจประเมินการปรับสภาพ

ตรวจประเมินวันที่.....

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

หน่วยงาน.....

ลงชื่อ.....ผู้บันทึกข้อมูล (เจ้าหน้าที่ อปท.ที่รับผิดชอบ)  
(.....)

ความเห็นของผู้ประเมิน (สิ่งที่ควรปรับสภาพที่อยู่อาศัยตามสภาพคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่ง  
เฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง)

.....  
.....

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน (นักกายภาพบำบัดประจำโรงพยาบาล  
หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำรพสต.)  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน (เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานของอปท.)  
(.....)