เลขที่ใบยืม...../.....

วันที่ยืม...../...../.....

แบบคำขอยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ
ธนาคารกายอุปกรณ์ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี

๑) ข้อมูลผู้ยื่นคำขอ

คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....) ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ เพศ ○ ชาย ○ หญิง

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด .....

เบอร์โทรศัพท์.....

ติดต่อขอรับการสนับสนุนโดย ○ คนพิการ ○ ผู้สูงอายุ ○ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเฉียบพลัน
○ ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ○ ผู้ยื่นคำขอแทน

กรณีผู้ยื่นคำขอแทน/ผู้ดูแล เกี่ยวข้องเป็น.....

คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....) ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ เพศ ○ ชาย ○ หญิง

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด .....

เบอร์โทรศัพท์.....

๒) ประเภทกลุ่มเป้าหมาย

○ คนพิการ ○ ผู้สูงอายุ ○ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเฉียบพลัน
○ ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ○ อื่นๆ โปรดระบุ.....

๓) การวินิจฉัยโรค

○ โรคหลอดเลือดสมอง ○ บาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal cord injury) ○ โรคข้อเข่าเสื่อม
○ บาดเจ็บที่เนื้อสมองและศีรษะ (Traumatic brain injury) ○ โรคเรื้อรังทางอายุรกรรม (OPD CKD HT DM)
○ โรคข้อสะโพกเสื่อม/ผ่าตัดข้อสะโพก ○ โรคปวดหลังเรื้อรัง ○ โรคพิการทางการเคลื่อนไหวแต่กำเนิด
○ อื่นๆ โปรดระบุ.....

๔) มีความประสงค์จะขอยืมกายอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ประเภท

○ รถเข็นนั่งแบบพับได้ ○ รถเข็นนั่งแบบพับไม่ได้ ○ รถสามล้อโยก ○ เตียงพยาบาล
○ อื่นๆ โปรดระบุ.....

๕) ระยะเวลาที่ขอรับการสนับสนุน

○ 3 เดือน ○ 6 เดือน ○ 1 ปี ○ มากกว่า 1 ปี ○ ยืมระหว่างส่งซ่อม

ลงชื่อ.....(ผู้ส่งแบบคำขอ)

(.....)

วันที่...../...../.....

วัสดุ/อุปกรณ์ ที่ได้รับการสนับสนุน **<u>ให้ใช้สำหรับผู้ป่วยรายนี้เท่านั้น</u>** ห้ามนำไปขายหรือแลกเปลี่ยน หากมีการชำรุดเสียหายหรือสูญหาย ผู้ขอรับการสนับสนุนต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าเสียหายทั้งหมด กรณีไม่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ **<u>ห้ามส่งต่อให้ผู้อื่นโดยไม่ได้รับอนุญาต</u>** ต้องทำการส่งคืน ให้โทรกลับแจ้งเจ้าหน้าที่หมายเลขโทรศัพท์ **036 – 699388 ต่อ 903,036 - 699387** และต้องทำความสะอาดให้เรียบร้อยก่อนส่งคืน

ความคิดเห็นของผู้รับรอง (รพศ./รพท./รพช./รพ./รพ.สต)

○ เห็นควรได้รับอุปกรณ์

○ ไม่เห็นควรได้รับอุปกรณ์ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....(ผู้รับรอง)
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่...../...../.....

<u>หลักฐานประกอบการขอรับสนับสนุน</u>ฯ

○ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ผู้ป่วย/ผู้ดูแล) ○ สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้ป่วย/ผู้ดูแล)

○ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ○ รูปถ่ายผู้ป่วยจำนวน 1 รูป

○ สำเนาบัตรประชาชนผู้ยื่นคำร้อง

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี

ฝ่ายเลขานุการตรวจสอบวัสดุ/อุปกรณ์ แล้วปรากฏว่า

○ มีวัสดุ/อุปกรณ์ เพียงพอ สามารถสนับสนุนได้

○ มีวัสดุ/อุปกรณ์ ไม่เพียงพอ ไม่สามารถสนับสนุนได้ เห็นควรรวบรวมเรื่องเพื่อพิจารณาหาแนวทางช่วยเหลือในโอกาสต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

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

(นายศุภวัฒน์ เทียนถาวร)
นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี

หมายเหตุ : วัสดุอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ หมายเลข.....