



ที่ ลพ ๐๐๐๕/ว ๒๒๑๕

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
จังหวัดลำพูน ถ.ซูเปอร์ไฮเวย์เชียงใหม่-ลำปาง
ตำบลศรีบัวบาน อำเภอเมืองลำพูน ลพ ๕๑๐๐๐

๒๘ เมษายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความร่วมมือสำรวจคนพิการที่มีความจำเป็นต้องใช้รถสามล้อชนิดมือโยก

เรียน นายกเทศมนตรีตำบล/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ทุกแห่ง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบสำรวจคนพิการที่มีความจำเป็นต้องใช้กายอุปกรณ์ ฯ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แบบสอบถามเท็จจริงผู้รับบริการทางสังคม จำนวน ๑ ชุด
๓. หนังสือรับรองการรับบริการกายอุปกรณ์เพื่อช่วยความพิการ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ มีภารกิจด้านการสนับสนุนกายอุปกรณ์สำหรับช่วยคนพิการ ตามโครงการส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิคนพิการและสนับสนุนกายอุปกรณ์สำหรับคนพิการแก่คนพิการที่มีความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ซึ่งเจ้าหน้าที่พิจารณาแล้วเห็นว่ามีความจำเป็นต้องใช้รถสามล้อชนิดมือโยก เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ อย่างมีคุณภาพ

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดลำพูน จึงขอความร่วมมือท่านสำรวจคนพิการที่มีความจำเป็นต้องใช้รถสามล้อชนิดมือโยก เพื่อจักได้รวบรวมข้อมูลและดำเนินการจัดซื้อตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยขอให้ส่งผลการสำรวจฯ พร้อมทั้งแบบสำรวจฯ,แบบสอบถามเท็จจริงฯและหนังสือรับรองการรับบริการฯ ไปยังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดลำพูน ภายในวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ lamphundsc@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางมิ่งขวัญ วีระชาติ)

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดลำพูน

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดลำพูน

โทร.๐-๕๓๕๑-๑๑๘๘ แฟกซ์ ๐-๕๓๕๑-๑๑๔๑

ผู้ประสานงาน : นางสาวอัจฉราวดี ยะคำป้อ



เอกสารประกอบฯ



แบบสอบถามเท็จจริงผู้รับบริการทางสังคม

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ศูนย์บริการคนพิการ
Disability Services Center (DSC)

Walk in / ออกหน่วยเคลื่อนที่ สำรวจ ลำดับที่.....

วันที่รับเรื่อง..... เดือน..... พ.ศ.

เงินสงเคราะห์ รถโยก รถเข็นนั่ง เข้ารับการดูแลในสถานสงเคราะห์ อื่นๆ.....

๑. ข้อมูลผู้ขอรับบริการ

ชื่อ - นามสกุล (ผู้รับบริการ) ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว.....

เลขที่บัตรประชาชน -

เกิดวันที่..... เดือน พ.ศ. อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง

เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

ติดต่อขอรับความช่วยเหลือโดย ตนเอง ญาติ อื่นๆ ระบุ.....

สถานภาพ โสด สมรสอยู่ด้วยกัน สมรสแยกกันอยู่ หย่าร้าง ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน

หม้าย อื่นๆ (ระบุ).....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน.....

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์.....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านตนเอง อาศัยผู้อื่นอยู่ บ้านเช่า อยู่กับผู้จ้าง ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง

ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

(กรณีเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ขอให้ทำเครื่องหมาย ✓ ใน และข้ามไปกรอกข้อมูลติดต่อผ่านชื่อและเบอร์โทรศัพท์)

ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน.....

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์.....

ติดต่อผ่านชื่อ..... เบอร์โทรศัพท์.....

ระดับการศึกษา

ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษาตอนต้น ประถมศึกษาตอนปลาย มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย

ปวช. ปวส. อนุปริญญา ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี อื่นๆ ระบุ.....

อาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพและได้รับการอุปการะค่าใช้จ่ายจาก.....

ประกอบอาชีพ ระบุ..... อื่นๆ ระบุ.....

รายได้เฉลี่ย.....บาท ต่อ วัน / เดือน / ปี

ลักษณะที่อยู่อาศัย

บ้านของตนเอง บ้านเช่า บ้านของบิดามารดา/ญาติ บ้านเพื่อน/คนรู้จัก

เช่าที่บุคคลอื่น.....บาท/เดือน อื่นๆ (ระบุ).....

/ สภาพที่อยู่อาศัย...

สภาพที่อยู่อาศัย.....
.....
.....

๒. ผู้ร้องขอแทนผู้รับบริการ

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์.....
ความสัมพันธ์กับผู้ขอรับบริการ (เกี่ยวข้องเป็น).....

๓. ลักษณะความพิการ

- ยังไม่เคยจดทะเบียนคนพิการ
- จดทะเบียนคนพิการ เมื่อวันที่..... วันหมดอายุ..... จังหวัดที่จดทะเบียน.....
 - พิกัดทางการเห็น พิกัดทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย พิกัดทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
 - พิกัดทางจิตใจหรือพฤติกรรม พิกัดทางสติปัญญา พิกัดทางการเรียนรู้ พิกัดออทิสติก
 - พิกัดซ้ำซ้อน

ลักษณะความพิการ.....
โรคประจำตัว (ระบุ).....

๔. ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อยู่อาศัยร่วมกันจริงในปัจจุบัน)

ที่	ชื่อ- นามสกุล	อายุ	ความเกี่ยวข้อง	การศึกษา	สุขภาพ	อาชีพ/รายได้	หมายเหตุ

หนี้สินในระบบ.....บาท หนี้สินนอกระบบ..... บาท ใช้จ่ายเฉลี่ยของครอบครัวบาทต่อเดือน
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ได้ ไม่ได้ อื่นๆ ระบุ.....

๕. ความเห็นของนักสังคมสงเคราะห์/เจ้าหน้าที่ เห็นสมควรให้ความช่วยเหลือ คือ

- เงินสงเคราะห์ฯ คนพิการ จำนวนบาท รถโยก.....คัน รถเข็น.....คัน
- เข้ารับการอุปการะในสถานสงเคราะห์ อื่นๆ ระบุ.....

/๖. การได้รับการช่วยเหลือ...

๖. ประวัติการได้รับการช่วยเหลือ/สวัสดิการ

.....

.....

.....

๗. ปัญหาความเดือดร้อน

.....

.....

.....

๘. ความช่วยเหลือที่ต้องการและแนวทางการให้ความช่วยเหลือ

ความช่วยเหลือที่ต้องการ	แนวทางการให้ความช่วยเหลือ
<u>ด้านการเงิน</u>	<u>ด้านการเงิน</u>
<u>ด้านสิ่งของ</u>	<u>ด้านสิ่งของ</u>
<u>ด้านอื่นๆ</u>	<u>ด้านอื่นๆ</u>

ลงชื่อ.....
 (.....)

ผู้ขอรับบริการ/ผู้ร้องแทน
/...../.....

ลงชื่อ.....ผู้สัมภาษณ์/ข้อเท็จจริง
 (.....)

ตำแหน่ง.....
/...../.....

การดำเนินงานของเจ้าหน้าที่/นักสังคมสงเคราะห์

ความเห็นของเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน.....
.....
.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน
(.....)

ตำแหน่ง.....
...../...../.....

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

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

ลงชื่อ

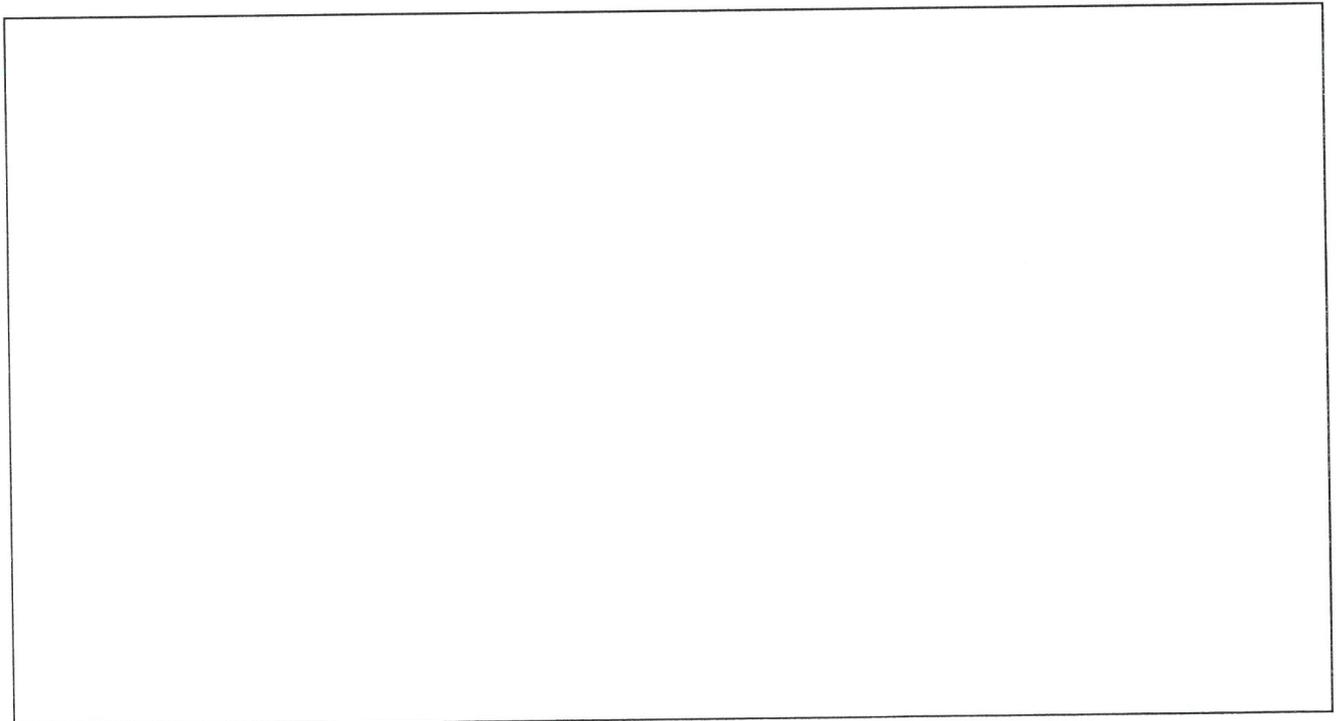
(.....)

ตำแหน่ง.....
...../...../.....

หมายเหตุ : ได้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน (รับรองสำเนาถูกต้อง)

ผู้ขอรับบริการ/ผู้ยื่นเรื่องแทน/ผู้รับเงิน : ต้องเป็นบุคคลคนเดียว

แผนที่โดยสังเขป



เอกสารแนบการยื่นแบบสอบถามข้อเท็จจริงผู้รับบริการสังคม(รถโยกนั่งสำหรับคนพิการ)

- 1.สำเนาทะเบียนบ้านคนพิการ จำนวน 1 ฉบับ
- 2.สำเนาบัตรประชาชนคนพิการ จำนวน 1 ฉบับ
- 3.สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ/สมุดเล่มเก่าถ่ายมาทั้งหน้าลักษณะความพิการ จำนวน 1 ฉบับ (ไม่หมดอายุ)
- 4.รูปถ่าย ลักษณะความพิการ ให้ชัดเจนและ รถโยกคันเดิม
- 5.หนังสือรับรองการรับบริการกายอุปกรณ์เพื่อช่วยความพิการ
- 6.หนังสือรับรองแพทย์ ระบุว่า “คนพิการสามารถใช้รถโยกได้”

หนังสือรับรองการรับบริการกายอุปกรณ์เพื่อช่วยความพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (ชื่อผู้รับรอง)..... เลขประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการ/บัตรประจำตัวพนักงาน เลขที่ ตำแหน่ง ออกให้โดย วันที่ออกบัตร..... วันหมดอายุ ตำแหน่ง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า (ชื่อคนพิการ)เลขประจำตัวประชาชน อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัดลำพูนเป็นคนที่มีความจำเป็นต้องได้รับกายอุปกรณ์เพื่อช่วยความพิการ และมีความเหมาะสม เนื่องด้วยเหตุผลดังนี้

■ ๑. คนพิการไม่เคยได้รับกายอุปกรณ์ประเภทเดียวกับที่ขอรับบริการในครั้งนี จากหน่วยบริการอื่นในระยะเวลา ๕ ปีที่ผ่านมา

■ ๒. คนพิการเคยได้รับกายอุปกรณ์ประเภทเดียวกับที่ขอรับบริการในครั้งนี เมื่อปี..... จากหน่วยบริการคือ แต่ กายอุปกรณ์ดังกล่าวนั้น มีอายุการใช้งาน เกินระยะเวลา ๕ ปีแล้ว

■ ๓. คนพิการเคยได้รับกายอุปกรณ์ประเภทเดียวกับที่ขอรับบริการในครั้งนี เมื่อปี จากหน่วยบริการคือ แต่ กายอุปกรณ์ดังกล่าวนั้น บัด นี้มีสภาพชำรุดจนไม่สามารถใช้งานได้หรือไม่สามารถซ่อมแซมได้

■ ๔. คนพิการยื่นคำร้องเพื่อขอรับบริการกายอุปกรณ์เพื่อช่วยความพิการจากศูนย์บริการคนพิการจังหวัดลำพูนเพียงแห่งเดียวเท่านั้น

ทั้งนี้ เพื่อให้ใช้หนังสือรับรองฉบับนี้ เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ผู้รับรอง
(.....)

ตำแหน่ง

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ตำแหน่ง

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ตำแหน่ง

หมายเหตุ๑. ผู้รับรองคือผู้บริหาร รพ.อำเภอ หรือ รพ.สต. หรือ รพ.ชุมชน

๒.แนบสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ (ผู้รับรอง) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง