



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





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 ใช้จ่ายเฉลี่ยของครอบครัว .....บาทต่อเดือน  
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง  ได้  ไม่ได้  อื่นๆ ระบุ.....

**๕. ความเห็นของนักสังคมสงเคราะห์/เจ้าหน้าที่ เห็นสมควรให้ความช่วยเหลือ คือ**

- เงินสงเคราะห์ฯ คนพิการ จำนวน .....บาท  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 .....

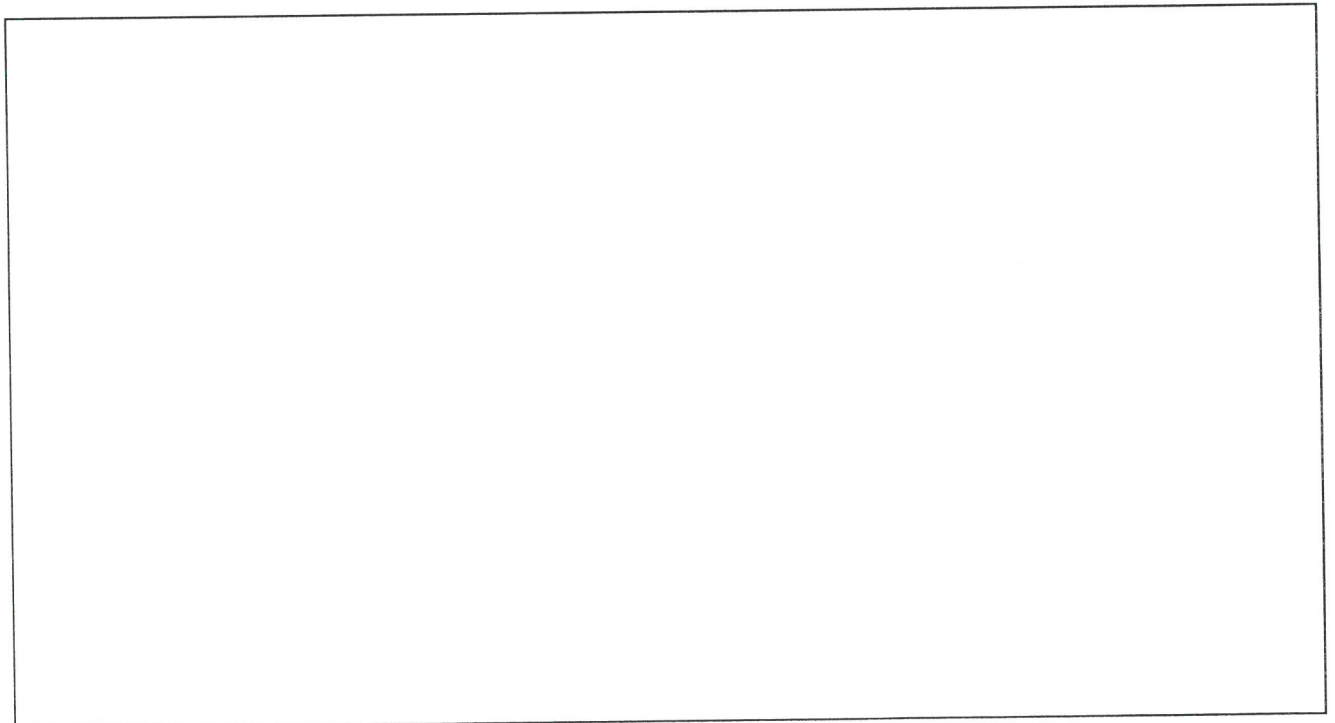
(.....)

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 ..... หน่วยงาน .....

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