

6



องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะบู่
เลขรับที่..... ๓๗๕
วันที่..... ๓ / ๓.๗ : ๖๕
เวลา..... ๑๐.๕๕ น.

ที่ พบ ๐๐๐๕/๗๗๕

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ
มนุษย์จังหวัดเพชรบุรี พบ ๗๖๐๐๐

๒๗ มกราคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอความร่วมมือสำรวจความต้องการรถสามล้อโยกสำหรับคนพิการ

เรียน นายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุกตำบล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถามเท็จจริง

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบุรี ได้รับแจ้งจากกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ว่าได้จัดสรรงบประมาณสำหรับจัดซื้อกายอุปกรณ์สำหรับช่วยคนพิการ (รถสามล้อชนิดมือโยก) เพื่อเป็นการบริการคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ที่มีความจำเป็นและสามารถใช้รถสามล้อชนิดมือโยก อำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวันได้

ในการนี้ สำนักงานพัฒนาสังคมฯ จึงขอความร่วมมือท่านสำรวจความต้องการของคนพิการที่มีความจำเป็นและสามารถใช้รถสามล้อชนิดมือโยก ในพื้นที่ของท่านโดยจัดเรียงลำดับตามความเดือดร้อน และขอความกรุณาสอบถามเท็จจริงตามแบบที่แนบ พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้ ๑) สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ๒) สำเนาทะเบียนบ้าน ๓) ใบรับรองแพทย์ (ระบุว่าสามารถใช้รถสามล้อชนิดมือโยกได้) ๔) รูปถ่ายเต็มตัว ๑ รูป และส่งข้อมูลให้สำนักงานพัฒนาสังคมฯ ภายในวันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ด้วยจักขอบคุณยิ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายมาโนชญ์ คงรัตนชาติ)

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบุรี

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดเพชรบุรี

โทร. ๐-๓๒๔๒-๖๐๕๑ ต่อ ๑๕

โทรสาร. ๐-๓๒๔๒-๖๐๕๑ ต่อ ๑๖



ศูนย์บริการคนพิการ
Disability Services Center (DSC)

แบบสอบถามเท็จจริงผู้รับบริการทางสังคม
กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

Walk in / ออกหน่วยเคลื่อนที่ สำรวจ ลำดับที่.....

วันที่รับเรื่อง..... เดือน..... พ.ศ.

เงินสงเคราะห์ รถโยก รถวีลแชร์ 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

ไม่ได้ประกอบอาชีพ/และได้รับการอุปการะค่าใช้จ่ายจาก.....

ประกอบอาชีพ ระบุ..... อื่นๆ ระบุ.....

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

ลักษณะที่อยู่อาศัย

บ้านของตนเอง บ้านเช่า บ้านของบิดามารดา/ญาติ บ้านเพื่อน/คนรู้จัก

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

/ สภาพที่อยู่อาศัย...

สภาพที่อยู่อาศัย.....
.....
.....
.....

๒. ผู้ร้องขอแทนผู้รับบริการ

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์.....
ความสัมพันธ์กับผู้ขอรับบริการ (เกี่ยวข้องกับ).....

๓. ลักษณะความพิการ

- ยังไม่เคยจดทะเบียนคนพิการ
- จดทะเบียนคนพิการ เมื่อวันที่..... วันหมดอายุ..... จังหวัดที่จดทะเบียน.....
 - พิการทางการเห็น พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
 - พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม พิการทางสติปัญญา พิการทางการเรียนรู้ พิการขอทดสอบ
 - พิการซ้ำซ้อน

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

๔. ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อยู่อาศัยร่วมกันจริงในปัจจุบัน)

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

หนี้สินในระบบ.....บาท หนี้สินนอกระบบ.....บาท รายจ่ายเฉลี่ยของครอบครัว.....บาทต่อเดือน
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ได้ ไม่ได้ อื่นๆ ระบุ.....

๕. ความเห็นของนักสังคมสงเคราะห์/เจ้าหน้าที่ เห็นสมควรให้ความช่วยเหลือ คือ

- เงินสงเคราะห์ฯ คนพิการ จำนวน.....บาท รถโยก.....คัน
- เข้ารับการอุปการะในสถานสงเคราะห์ อื่นๆ ระบุ.....

/๖. การได้รับการช่วยเหลือ...

๖. ประวัติการได้รับการช่วยเหลือ/สวัสดิการ

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

๗. ปัญหาความเดือดร้อน

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

๘. ความช่วยเหลือที่ต้องการและแนวทางการให้ความช่วยเหลือ

ความช่วยเหลือที่ต้องการ	แนวทางการให้ความช่วยเหลือ
ด้านการเงิน	ด้านการเงิน
ด้านสิ่งของ	ด้านสิ่งของ
ด้านอื่นๆ	ด้านอื่นๆ

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้ขอรับบริการ/ผู้ร้องแทน
.....

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

การดำเนินงานของเจ้าหน้าที่/นักสังคมสงเคราะห์

ความเห็นของเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน.....

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

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน

(.....)

ตำแหน่ง.....

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

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

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

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

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

หมายเหตุ : ได้มอบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน (รับรองสำเนาถูกต้อง) ไปรับที่ศูนย์

ผู้พิการ และมอบให้ผู้เยี่ยมบ้านไปแจ้งไปยังเจ้าพนักงานท้องถิ่น

แผนที่โดยสังเขป

[Empty box for map]