

ด่วนที่สุด
ที่ นบ ๐๐๐๕ / ๐๖๕๓



สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
จังหวัดนนทบุรี ถนนรัตนาธิเบศร์ นบ ๑๑๐๐๐

๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความร่วมมือสำรวจความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ เพิ่มเติม

เรียน นายกเทศมนตรีและนายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง

อ้างถึง หนังสือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรี
ด่วนที่สุด ที่ นบ ๐๐๐๕/ว๑๕๑ ลงวันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๖๗

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบคำขอความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ จำนวน ๑ ชุด
๒. รายละเอียดกายอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการกับประเภทความพิการ จำนวน ๑ ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรี
ขอความร่วมมือท่านในการสำรวจความต้องการรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ เช่น รถเข็นนั่ง (Wheelchair)
รถสามล้อโยก หรือไม้เท้าขาว เป็นต้น เพื่อให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตประจำวัน เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
อย่างเท่าเทียม และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างบุคคลทั่วไป เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาให้ความช่วยเหลือ
ตามบทบาทภารกิจของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ นั้น

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรี ได้รับแจ้งจากกระทรวง
การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในการสำรวจรวบรวมคนพิการที่มีความต้องการรับอุปกรณ์
เครื่องช่วยความพิการ เช่น รถเข็นนั่ง (Wheelchair) รถสามล้อโยก หรือไม้เท้าขาว เพิ่มเติม ในการนี้
สำนักงานพัฒนาสังคมฯ จึงขอความร่วมมือมายังท่านสำรวจความต้องการของคนพิการ ที่มีความประสงค์
ขอรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ ดังกล่าวเพิ่มเติม โดยรายชื่อคนพิการต้องไม่ซ้ำซ้อนกับการสำรวจรอบที่ผ่านมา
และขอความกรุณาส่งแบบคำขอความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ และแนบสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ
พร้อมให้คนพิการลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง ให้สำนักงานพัฒนาสังคมฯ ภายในวันอังคารที่
๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๗ ทาง E-mail : dsc.nonthaburi@gmail.com หรือทางไลน์ ไอดี ๐๒๕๘๙๗๒๓๕
รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ - ๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณในความร่วมมือนมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุภวัฒน์ หनुพริก)

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรี

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดนนทบุรี

โทรศัพท์ ๐๒ ๕๘๐ ๕๒๑๑ - ๓ กต ๑๘ , โทรสาร กต ๒๑

ผู้ประสานงาน : นางสาวเมธารัตน์ สิงคเวहन ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

E-mail : dsc.nonthaburi@gmail.com

“จังหวัดนนทบุรี เป็นเมืองน่าอยู่ (Livable City)”



แบบคำขอความต้องการรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

ลำดับที่.....

วันที่รับเรื่อง.....เดือน.....พ.ศ.

1. ข้อมูลผู้รับบริการ

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

เลขที่บัตรประชาชน ---

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

เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

ติดต่อขอรับความช่วยเหลือโดย ตนเอง ญาติ อื่นๆ ระบุ.....

สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง อื่นๆ ระบุ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....

ที่อยู่ปัจจุบัน ที่อยู่ปัจจุบันที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

(กรณีเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ขอให้ทำเครื่องหมาย และข้ามไปกรอกข้อมูลติดต่อผ่านชื่อและเบอร์โทรศัพท์)

บ้านตนเอง อาศัยผู้อื่นอยู่ บ้านเช่า อยู่กับผู้จ้าง ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง

ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....

ติดต่อผ่านชื่อ.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

สภาพที่อยู่อาศัย

มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองและมั่นคงถาวร มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองแต่ไม่มั่นคงถาวร อาศัยอยู่กับผู้อื่น

อยู่ในที่ดินบุคคลอื่น บ้านเช่า พื้นที่สาธารณะ อื่นๆ ระบุ.....

อาชีพ

ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน นักเรียน/นักศึกษา ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว เกษตรกร รับจ้าง

ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ พนักงานของรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท อื่นๆ ระบุ.....

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

2. ผู้ยื่นคำขอแทนผู้รับบริการ

ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....
โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....
ความสัมพันธ์กับผู้ขอรับบริการ (เกี่ยวข้องเป็น).....

3. ประเภทความพิการ

3.1 จดทะเบียนคนพิการ เมื่อวันที่.....วันหมดอายุ.....จังหวัดที่จดทะเบียน.....
 พิการทางการเห็น พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย พิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย
 พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม พิการทางสติปัญญา พิการทางการเรียนรู้ พิการออทิสติก
 พิการซ้ำซ้อน
3.2 ลักษณะความพิการ.....

4. ความต้องการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

รถเข็นนั่ง รถสามล้อชนิดมือโยก ไมค์คำยัน เครื่องช่วยเดิน 4 ขา ที่นอนลม
 เตียงผู้ป่วย (ปรับระดับได้) ไม่เท่าขาว อื่นๆ ระบุ.....

5. การใช้งานอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

5.1 ปัจจุบันท่านมีอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการหรือไม่ มี ระบุ..... ไม่มี
5.2 สภาพปัจจุบันของอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ (กรณีมี)
 ปกติ ชำรุด ใช้มานาน.....ปี.....เดือน
และได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานใด.....

6. มีการประเมินความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ โดยแพทย์/ผู้มีใบประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

มี ระบุความจำเป็น.....
 ไม่มี

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

ลงชื่อ.....ผู้รับเรื่อง/สอบข้อเท็จจริง
(.....)
ตำแหน่ง.....
...../...../.....