



การปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ



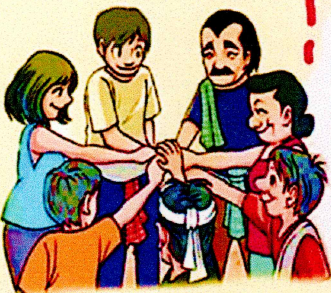
คุณสมบัติของคนพิการ

1. มีบัตรประจำตัวคนพิการ
2. มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพ
3. อาศัยอยู่ในที่อยู่อาศัยนั้นไม่น้อยกว่า 6 เดือน
* ยกเว้นกรณีการย้ายเข้ามาอยู่ภายหลังเกิดความพิการ
4. ที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมต่อสภาพความพิการ
5. ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นๆของรัฐ หรือได้รับแต่ไม่เพียงพอ



หลักฐานของคนพิการ

1. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
3. สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ จำนวน 2 ฉบับ
4. สำเนารายงานการประชุมในการทำประชาคมหมู่บ้าน
5. ประมาณการค่าใช้จ่ายในการปรับปรุงบ้าน วงเงิน 20,000 บาทถ้วน (โดยนายช่างจาก อบต. หรือเทศบาล)
6. แบบรายงานการสอบถามสภาพครอบครัวและการดำรงชีพของคนพิการ



คำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ

๑. ชื่อ นาย นาง นางสาว.....นามสกุล.....
 เลขที่บัตรประจำตัวคนพิการ ประเภทความพิการ.....
 อายุ.....ปี อาชีพ.....
 รายได้.....บาท/เดือน/ปี
 ๒. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 โทรศัพท์.....อีเมล์.....
 ๓. สมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย

ที่	ชื่อ-นามสกุล	อายุ	อาชีพ	การศึกษา	สุขภาพ	รายได้(บ/ด)	หมายเหตุ

๔. ลักษณะที่อยู่อาศัย
 ของตนเอง อาศัยผู้อื่นอยู่ ระบุ.....
 สภาพที่อยู่อาศัยและความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง
 พื้นบ้าน / หลังคา / บันได
 ฝ้าบ้าน / ห้องนอน / ประตู / หน้าต่าง / ระบบไฟฟ้า (สวิตซ์ไฟฟ้า / ปลั๊กไฟ / สายไฟ)
 ห้องน้ำ / ห้องสุขา
 ระเบียง / ชานบ้าน
 อื่นๆ (ระบุ)

๕. ลักษณะการครอบครองที่ดิน ที่ดินของตนเอง ที่ดินเช่าจาก (ระบุ).....
 อื่น(ระบุ).....

๖. ความคิดเห็นเจ้าหน้าที่
 เห็นควรให้ความช่วยเหลือ.....
 เห็นควรให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เนื่องจาก.....

ลงชื่อผู้สอบข้อเท็จจริง.....
 ()
 ตำแหน่ง.....
/...../.....

**แบบรายงานการสอบสภาพครอบครัวคนพิการที่สมควรได้รับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย
จังหวัด.....**

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.ชื่อ-สกุล.....บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... บ้าน.....
ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

๒.เพศ ชาย หญิง

๓.อายุ (เต็ม)ปี

๔.สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่

๕.คู่สมรส เป็นคนพิการหรือไม่

ไม่เป็น มีบุตร จำนวน.....คน เป็นชาย.....คน หญิง.....คน

๖.จำนวนบุตร

ไม่มี มีบุตร จำนวน.....คน เป็นชาย.....คน หญิง.....คน

๗.สมาชิกในครอบครัวที่พักอาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบัน (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

อยู่คนเดียว คู่สมรส ลูก/หลาน ญาติ

เพื่อน ผู้ดูแล อื่นๆ.....

รวมทั้งสิ้น.....คน

๘.ประเภทของความพิการ

- ความพิการทางการเห็น
- ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
- ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
- ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
- ความพิการทางสติปัญญา
- ความพิการทางการเรียนรู้
- ออทิสติก

๙.มีลักษณะความพิการอื่นๆ หรือไม่

ไม่มี มี โปรดระบุ.....

๑๐.ท่านเป็นสมาชิกองค์กรคนพิการหรือไม่

ไม่เป็น เป็น โปรดระบุชื่อองค์กร.....

๑๑.ท่านมีเอกสารสำคัญต่อไปนี้หรือไม่

๑๑.๑ ชื่อในทะเบียนบ้าน ไม่มี

๑๑.๒ บัตรประชาชน ไม่มี

มี ระบุเลขรหัสประจำตัวประชาชน

๑๑.๓ สมุดหรือประจำตัวคนพิการ ไม่มี

๑๒.ลักษณะสุขภาพโดยรวม

- แข็งแรงมาก ช่วยเหลือตัวเองได้
- ไม่ค่อยแข็งแรง ต้องการการดูแลบ้าง
- ไม่แข็งแรง ต้องการการดูแลเป็นส่วนใหญ่
- อ่อนแอ ต้องการการดูแลตลอดเวลา

๑๓.โรคประจำตัว

ไม่มี มี โปรดระบุ.....

๑๔.การนับถือศาสนา

พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆ (ระบุ).....

- ๑๕.ระดับการศึกษาสูงสุด กำลังศึกษาอยู่ในระดับ โปรดระบุ.....
 ประถมศึกษา (ระบุ).....
 มัธยมศึกษา (ระบุ).....
 อุดมศึกษา (ระบุ).....
 ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)
 ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)
 ไม่ได้เรียน
 อ่านและเขียนหนังสือได้ อ่านได้ แต่เขียนหนังสือไม่ได้
 อ่านและเขียนหนังสือไม่ได้

๑๖.ปัจจุบัน ท่านประกอบอาชีพหรือไม่

- ไม่ได้ประกอบอาชีพ ประกอบอาชีพ

๑๗.กรณี ประกอบอาชีพท่านประกอบอาชีพใด (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ขายสลากกินแบ่งรัฐบาล นวดแผนโบราณ พยากรณ์ชะตาชีวิต
 เล่นดนตรี พนักงานสลับสายโทรศัพท์ เกตรกรรม
 ทัดถรณ์ ครู/อาจารย์ ข้าราชการหรือลูกจ้างหน่วยราชการ
 รับจ้าง พนักงานหรือลูกจ้างหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ
 พนักงานหรือลูกจ้างบริษัทห้างร้านหรือองค์กร เอกชน เกษียณ อายุแล้ว
 อื่นๆ โปรดระบุ.....

๑๘.รายได้ต่อเดือน

- ไม่มีรายได้ เบี้ยยังชีพคนพิการเดือนละ.....บาท
(เลือกได้มากกว่า ๑ รายการ) เงินบำนาญ เดือนละ.....บาท งานอดิเรกเดือนละ.....บาท
 ลูก/หลาน/บิดา/มารดา/ญาติให้เดือนละ.....บาท
 คู่สมรสเดือนละ.....บาท

๑๙.รายจ่ายต่อเดือน (เลือกได้มากกว่า ๑ รายการ)

- ไม่มีรายจ่าย ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เดือนละ.....บาท
 ค่าใช้จ่ายสำหรับที่อยู่อาศัยเดือนละ.....บาท ค่าใช้จ่ายทั่วไปและอาหารเดือนละ.....บาท
 ค่าใช้จ่ายในการทำบุญ เดือนละ.....บาท ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เดือนละ.....บาท

๒๐.ผู้ดูแล (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- คู่สมรส บุตร/หลาน ญาติพี่น้อง ว่าจ้างผู้ดูแล
 เพื่อน/เพื่อนบ้าน อปพร. อื่นๆ.....

๒๑.ท่านต้องใช้อุปกรณ์ช่วย หรือไม่

- ไม่ใช่
 ใช้อุปกรณ์ คือ
 ไม่เท้าขาว แขน ขาเทียม รถเข็น รถสามล้อโยก
 walker สเกต (อุปกรณ์ในการเขียนอักษรเบรลล์) เครื่องช่วยฟัง
 หมุดไม้ (สำหรับสัมผัสจุดซึ่งเป็นลักษณะของอักษรเบรลล์) อื่นๆ (ระบุ).....

ตอนที่ ๒ ข้อมูลการอยู่อาศัย

๒๒.ลักษณะของที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน

- บ้านเดี่ยว บ้านไม้ยกพื้น บ้านสองชั้น/ครึ่งตึกครึ่งไม้
 ทาวน์เฮ้าส์ ตึกแถว ห้องแถว
 บ้านแฝด (พื้นที่..... ตารางวา) อพาร์ทเมนท์ อื่นๆ.....

๒๓. ท่านอยู่อาศัย ณ ที่อยู่ปัจจุบันมาเป็นระยะเวลา.....ปี

๒๔. ลักษณะการครอบครองที่อยู่อาศัย

- เป็นเจ้าของกรรมสิทธิ์เอง เช่าระยะยาว (เช่า).....ปี
- เช่ารายเดือน เดือนละ.....บาท โดยมีผู้ที่เสียค่าเช่าคือ
- ท่านจ่ายเอง คู่สมรส บุตร/หลาน บิดา/มารดา
- ญาติ นายจ้าง อื่นๆ (ระบุ).....
- ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับคู่สมรส ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับลูก/หลาน
- ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับบิดา/มารดา ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับผู้ดูแล
- ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับนายจ้าง เป็นที่สาธารณะ

๒๕. การอยู่บ้านของท่านในช่วงเวลากลางวัน ๘.๐๐-๑๖.๐๐ น. ในวันธรรมดา (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- อยู่คนเดียว อยู่กับคู่สมรส อยู่กับบิดา/มารดา
- อยู่กับลูก/หลาน จำนวน.....คน อยู่กับญาติ จำนวน.....คน
- อยู่กับผู้ดูแล จำนวน.....คน อยู่กับนายจ้าง จำนวน.....คน

๒๖. การอยู่บ้านของท่านในช่วงเวลากลางวัน ๘.๐๐-๑๖.๐๐ น. ในวันหยุด (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- อยู่คนเดียว อยู่กับคู่สมรส อยู่กับบิดา/มารดา
- อยู่กับลูก/หลาน จำนวน.....คน อยู่กับญาติ จำนวน.....คน
- อยู่กับผู้ดูแล จำนวน.....คน อยู่กับนายจ้าง จำนวน.....คน

ตอนที่ ๓ ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

๒๗. กรณีที่ท่านมีบ้าน ๒ ชั้น หรือบ้านไม้ยกพื้น ท่านได้ใช้พื้นที่ใต้ถุนบ้านหรือไม่

- ไม่ใช่
- ใช่ (กิจกรรมที่ทำโปรดเลือกตอบในข้อ ๒๙)

๒๘. กรณีที่ท่านมีบ้าน ๒ ชั้น หรือบ้านไม้ยกพื้น ท่านได้ใช้บันไดในการขึ้น-ลงหรือไม่

- ไม่ใช่
- ใช้บันไดในการขึ้น - ลง โดยมีความถี่
- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> นานๆ ครั้ง (เดือนละ ๑-๒ ครั้ง) | <input type="checkbox"/> ๑-๒ ครั้ง/สัปดาห์ | <input type="checkbox"/> ๓ - ๔ ครั้ง/สัปดาห์ |
| <input type="checkbox"/> ๑-๒ ครั้ง/วัน | <input type="checkbox"/> ๓ - ๔ ครั้ง/วัน | <input type="checkbox"/> มากกว่า ๔ ครั้ง/วัน |

๒๙.ภายในบ้านพักอาศัยของท่าน ท่านทำกิจกรรมใดบ้าง และมีความถี่ของกิจกรรมในระดับใด

กิจกรรม	ความถี่(ครั้ง/สัปดาห์)			ทุกวัน	ระบุสถานที่	ระบุกิจกรรม
	๑ - ๒	๓ - ๔	๕ - ๖			
กิจกรรมการทำงาน/อื่นๆ						
<input type="checkbox"/> ๑.ทำงาน						
<input type="checkbox"/> ๒.ประกอบอาหาร						
<input type="checkbox"/> ๓.ดูแลหลาน						
<input type="checkbox"/> ๔.ดูโทรทัศน์/วิดีโอ/ทีวีดี						
<input type="checkbox"/> ๕.ฟังวิทยุ/ฟังเพลง/ฟังข่าว						
<input type="checkbox"/> ๖.นอนกลางวัน						
<input type="checkbox"/> ๗.นั่งพักผ่อน-ชมวีว						
<input type="checkbox"/> ๘.อ่านหนังสือ						
<input type="checkbox"/> ๙.ทำงานบ้าน						ซักผ้า ทำความสะอาดบ้าน
<input type="checkbox"/> ๑๐.ออกกำลังกาย						
<input type="checkbox"/> ๑๑.งานอดิเรก						
กิจกรรมเยี่ยมเยือน/รับแขก						
<input type="checkbox"/> ๑.เพื่อนบ้านมาเยี่ยม						<input type="checkbox"/> ไม่มี/ไม่ต้องรับแขกในบ้าน
<input type="checkbox"/> ๒.ลูก/หลาน/ญาติ มาเยี่ยม						<input type="checkbox"/> ไม่มี/ไม่ต้องรับแขกในบ้าน
<input type="checkbox"/> ๓.อสม. พยาบาล มาเยี่ยม						<input type="checkbox"/> ไม่มี/ไม่ต้องรับแขกในบ้าน

๓๐.ภายนอกตัวบ้าน (แต่ยังอยู่ในบริเวณที่ดินที่ครอบครอง) ของท่าน ท่านทำกิจกรรมใดบ้าง และมีความถี่ของกิจกรรมในระดับใด

กิจกรรม	ความถี่(ครั้ง/สัปดาห์)			ทุกวัน	ระบุสถานที่	ระบุกิจกรรม
	๑ - ๒	๓ - ๔	๕ - ๖			
กิจกรรมการทำงาน/อื่นๆ						
<input type="checkbox"/> ๑.ทำงาน						
<input type="checkbox"/> ๒.นั่งพักผ่อน-ชมวีว						
<input type="checkbox"/> ๓.อ่านหนังสือ						
<input type="checkbox"/> ๔.พูดคุยกับเพื่อนบ้าน						
<input type="checkbox"/> ๕.ทำงานบ้าน						ซักผ้า ทำความสะอาดบ้าน
<input type="checkbox"/> ๖.ออกกำลังกาย						
<input type="checkbox"/> ๗.อื่นๆ.....						

๓๑.มีกิจกรรมที่ท่านต้องพึ่งพาเพื่อนบ้านหรือไม่

ไม่มี

มี โปรดระบุกิจกรรม

ซื้ออาหาร/สิ่งของ

พาไปหาหมอ

ชำระค่าเช่า/ค่าสาธารณูปโภค เช่น ค่าน้ำ ค่าไฟ

อื่นๆ (ระบุ).....

๓๒.การดูแลร่างกายของท่าน (เลือกตอบได้หลายข้อ)

การบ้วนปาก วันละ.....ครั้ง

การอาบน้ำ วันละ.....ครั้ง

การเปลี่ยนเสื้อผ้า วันละ.....ครั้ง

การแปรงฟัน วันละ.....ครั้ง

การสระผม สัปดาห์ละ.....ครั้ง

การตรวจสุขภาพประจำปี ปีละ.....ครั้ง

๓๓.ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านได้รับบาดเจ็บจากสาเหตุต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบไม่มากกว่า ๑ ข้อ)

- หกล้ม จำนวน.....ครั้ง/ปี
- ตกบันได จำนวน.....ครั้ง/ปี
- กรณีที่เคยหกล้ม/หรือตกบันได สาเหตุเกิดจาก
- สะดุดสิ่งของที่วางเกะกะ พื้นผิวมีลักษณะขรุขระไม่เรียบหรือมีของสูงทำให้สะดุด
- ลื่นจากพื้นที่เปียก และ บริเวณที่เกิดเหตุมืด /ไม่สว่าง/ไม่มีไฟ
- แขนขาอ่อนแรงไปเฉยๆ สัตว์เลี้ยง เช่น แมว/สุนัขวิ่งชนหรือขวางทางเดิน
- หน้ามืด/เวียนศีรษะ/เป็นลม อื่นๆ (ระบุ).....
- จากยานพาหนะจำนวน.....ครั้ง/ปี
- รถยนต์จำนวน.....ครั้ง/ปี จักรยานยนต์จำนวน.....ครั้ง/ปี
- จักรยานยนต์จำนวน.....ครั้ง/ปี พาหนะอื่นๆ.....จำนวน.....ครั้ง/ปี
- กินยาผิดจำนวน.....ครั้ง/ปี
- ของมีคมบาดจำนวน.....ครั้ง/ปี
- ไม่เคยได้รับบาดเจ็บเลย

๓๔.สถานที่ที่ทำให้ท่านได้รับอุบัติเหตุ/หกล้ม/ตกบันได

- ไม่เคยได้รับบาดเจ็บเลย
- ได้รับบาดเจ็บในบ้าน
- ห้องน้ำ/ห้องอาบน้ำ จำนวน.....ครั้ง ห้องครัว จำนวน.....ครั้ง
- ห้องนั่งเล่น จำนวน.....ครั้ง ห้องนอน จำนวน.....ครั้ง
- ชานบ้าน/ระเบียงบ้าน จำนวน.....ครั้ง บันได จำนวน.....ครั้ง
- ใต้ถุนบ้าน จำนวน.....ครั้ง อื่นๆ (ระบุ).....
- ได้รับบาดเจ็บภายนอกบ้าน
- ทางเดินเข้าบ้าน จำนวน.....ครั้ง โรงจอดรถ จำนวน.....ครั้ง
- บริเวณสนาม ส่วนที่พุ่มพุ่ม เช่นสวนปลูกต้นไม้ จำนวน.....ครั้ง
- สถานที่อื่นๆ ที่ไม่ใช่บ้าน (ระบุเช่น ถนน ลานวัด).....

๓๕.ท่านเลี้ยงสัตว์หรือไม่

- ไม่เลี้ยง
- เลี้ยงสัตว์ (ระบุชนิดสัตว์).....เลี้ยงบริเวณ.....

๓๖.ท่านปลูกพืช /ดูแลสวน /ต้นไม้ในบริเวณบ้านหรือที่พักอาศัยของท่านหรือไม่

- ไม่ทำ
- ทำ บริเวณ.....

ตอนที่ ๔ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการอยู่อาศัยในปัจจุบัน

๓๗.ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับลักษณะทางเดินภายในบ้าน

- เหมาะสมแล้ว ควรปรับปรุง (ระบุ).....

๓๘.สภาพปัจจุบันมีการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง การจัดส่วนพื้นที่ใช้สอยใหม่หรือไม่ (สังเกต+สัมภาษณ์)

- ไม่มี เพราะ.....
- มี สาเหตุของการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลงคือ

- ภาวะทางสุขภาพ (ความพิการ) ต้องการความเป็นส่วนตัว อื่นๆ (ระบุ).....

๓๙.สภาพปัจจุบันมีการต่อเติมชั้นลอย/เพิ่มพื้นที่ใช้สอยหรือไม่ (สังเกต+สัมภาษณ์)

- มี (ระบุพื้นที่).....มีขนาด.....ตร.ม.

๔๐.วัสดุปูพื้นของพื้นที่ต่อไปนี้

พื้นที่	ไม่มีพื้นที่นี้	วัสดุปูพื้น					
		ปูน(วัสดุเดิม)	ไม้	เสื่อน้ำมัน	กระเบื้อง/โมเสก	กระเบื้องยาง	อื่นๆ (ระบุ)....
๑ ห้องนอน							
๒ ห้องนั่งเล่น							
๓ ห้องครัว							
๔ ชานบ้าน/ระเบียง							
๕ ห้องน้ำ							
๖ โรงจอดรถ							

๔๑.สภาพปัจจุบันมีการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง อุปกรณ์ประกอบอาคารหรือไม่

- ไม่มี เพราะ.....
- มี อุปกรณ์อาคารที่ปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง คือ (โปรดระบุสาเหตุที่เปลี่ยนด้วย)
 - ประตู.....สาเหตุ.....
 - หน้าต่าง.....สาเหตุ.....
 - อุปกรณ์ในห้องน้ำ.....สาเหตุ.....
 - สวิตช์/ปลั๊ก.....สาเหตุ.....
 - อุปกรณ์พื้นที่ซอกข้าง (เช่น ก๊อกน้ำ อ่างล้าง).....สาเหตุ.....

๔๒. ขนาดของบ้านของท่านเป็นอย่างไร

- ขนาดกว้างใหญ่เกินไป
- ขนาดพอดี
- ขนาดคับแคบเกินไป

๔๓.ในบ้านของท่านได้รับแสงสว่างธรรมชาติเพียงพอหรือไม่ อย่างไร

- แสงสว่างมากเกินไป
- แสงสว่างพอดี
- แสงสว่างไม่เพียงพอ

๔๔.ในบ้านของท่านมีการระบายอากาศดีหรือไม่ อย่างไร

- ระบายอากาศดี
- ระบายอากาศไม่ดี

๔๕.ในบ้านของท่านมีกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่ อย่างไร

- ไม่มีกลิ่น
- มีกลิ่น
 - กลิ่นอับ
 - กลิ่นห้องน้ำ
 - กลิ่นขยะ
 - อื่นๆ (ระบุ).....

๔๖.ในบ้านของท่านมีเสียงรบกวนหรือไม่ อย่างไร

- ไม่มีเสียงรบกวน
- มีเสียงรบกวน
 - เสียงเครื่องบิน
 - เสียงเพื่อนบ้าน
 - อื่นๆ(ระบุ).....

๔๗.ในบ้านของท่านมีบันไดขึ้น-ลงสะดวกหรือไม่ อย่างไร

- ไม่มีบันได
- มีบันไดขึ้น-ลงไม่สะดวก
 - บันไดมีขนาดเล็ก
 - บันไดแต่ละชั้นมีความสูงมากเกินไป
 - บันไดมีช่องเปิดโล่ง
 - บันไดลาดชัน
 - ไม่มีราวจับบันได
 - อื่นๆ(ระบุ).....

๔๘. พื้นที่ใช้สอยของท่านมีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร

มีความเหมาะสม

ไม่มีความเหมาะสม ในพื้นที่ (โปรดระบุสาเหตุ)

ห้องนอน เพราะ.....

ห้องครัว เพราะ.....

ห้องน้ำ เพราะ.....

ทางเดิน เพราะ.....

อื่นๆ (ระบุ).....เพราะ.....

ห้องนั่งเล่น เพราะ.....

ชานบ้าน/ระเบียง เพราะ.....

โรงจอดรถ เพราะ.....

พื้นที่รอบบ้าน เพราะ.....

๔๙. พื้นที่ภายนอกบ้านควรมีการปรับปรุงหรือไม่ อย่างไร

ไม่ต้องปรับปรุงใดๆ

ควรปรับปรุงทางเดินให้มีความสะดวกและสวยงาม

เพิ่มหลังคาคลุมกันแดดและฝนตามทางเดิน

เพิ่มต้นไม้ที่ให้ร่มเงา

เพิ่มไม้ประดับที่ให้ความสวยงาม

มีแปลงปลูกต้นไม้/ผักสวนครัว

๕๐. ท่านพบปัญหาในเขตบ้านของท่านหรือไม่ อย่างไร

ไม่พบปัญหา

พบปัญหา

น้ำท่วมขัง

ยุง

อื่นๆ (ระบุ).....

(ลงชื่อ).....ผู้สอบข้อเท็จจริง

(.....)

วันที่.....

ภาพถ่ายสภาพที่อยู่อาศัยภายในและภายนอกบ้าน

หนังสือให้ความยินยอมในการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เป็น () เจ้าของบ้าน
หรือ () สมาชิกในครอบครัวที่ได้มอบหมายจากเจ้าของบ้านพักอาศัยเลขที่.....
ต.รอก/ชอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....ซึ่งเกี่ยวพันเป็น () บิดา () มารดา
() สามี () ภรรยา () บุตร () หลาน () อื่นๆ (ระบุ).....ของคนพิการ
ชื่อ.....นั้น

ขอทำหนังสือฉบับนี้ไว้เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

๑.ข้าพเจ้าและครอบครัวได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยให้แก่คนพิการตามโครงการฯ
ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

๒.ข้าพเจ้าและครอบครัวที่มีความประสงค์และยินยอมให้มีการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้ตามรายการและระยะเวลา
ที่เจ้าหน้าที่กำหนดทุกประการ

๓.เพื่อให้การดำเนินการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยด้วยดี

ข้าพเจ้าและบริวารหรือตัวแทนของข้าพเจ้า ชื่อ.....จะอยู่ร่วมมือร่วมแรงและช่วยอำนวยความสะดวก
สะดวกทุกด้านอย่างเต็มที่กำลังความสามารถแก่คณะทำงานฯ ตลอดระยะเวลาของการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้ โดยไม่
เรียกร้องค่าตอบแทนใดๆทั้งสิ้น

๔.ในกรณีที่มีสาเหตุสุดวิสัยหรือความเสียหายใดๆ เกิดขึ้นในระหว่างการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้โดยที่ข้าพเจ้าหรือ
ตัวแทนของข้าพเจ้าได้รับรู้ด้วยแล้ว ข้าพเจ้าและครอบครัวจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายหรือสิทธิใดๆ ทั้งสิ้นจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและ
ความมั่นคงของมนุษย์และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่อย่างใด

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

หมายเหตุ แนบเอกสารประกอบได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของบ้านพักอาศัย
และคนพิการในครอบครัว

แบบประมาณการค่าใช้จ่าย

แบบประเมินการซ่อมแซม/ปรับปรุง.....
 ชื่อเจ้าบ้าน/สถานที่จัดกิจกรรม.....
 สถานที่ดำเนินงานบ้านเลขที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 ผู้ประมาณการชื่อ.....นามสกุล.....
 ตำแหน่ง.....
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ค่าวัสดุ		หมายเหตุ
				หน่วยละ(บาท)	รวม (บาท)	

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)
 ระยะเวลาดำเนินงาน.....วัน (โดยคำนวณจากปริมาณงาน)
 ค่าตอบแทน หมายถึง ค่าจ้างเหมาในการซ่อมแซมบ้านหรือสถานที่จัดกิจกรรม โดยให้ถือปฏิบัติตามระเบียบ
 สำนักนายกรัฐมนตรีด้วยการพัสดุ พ.ศ.๒๕๓๕ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม