

Wit
Naw



เทศบาลตำบลหนองใหญ่
รับที่ 2352
รับที่ ๒๖ ต.ค. ๒๕๖๖
เวลา

ที่ ขบ ๐๐๐๕/ว ๕๙๔๗

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
จังหวัดชลบุรี ถนนท่าหินน้ำ ขบ ๒๐๐๐๐

๕ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การขอรับกายอุปกรณ์สำหรับช่วยคนพิการ (รถสามล้อชนิดมือโยกสำหรับคนพิการ)
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

รับที่ 1184
รับที่ ๒๖ ต.ค. ๒๕๖๖

เรียน นายกเมืองพัทยา/นายกเทศมนตรีนคร/นายกเทศมนตรีเมือง/นายกเทศมนตรีตำบล/นายกองค์การบริหาร
ส่วนตำบล ทุกแห่งในจังหวัดชลบุรี

ด้วย สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชลบุรี ได้รับการสนับสนุน
กายอุปกรณ์สำหรับช่วยคนพิการ (รถสามล้อชนิดมือโยกสำหรับคนพิการ) ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗
จากกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในพื้นที่

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชลบุรี ขอประชาสัมพันธ์มายังท่าน
เพื่อสำรวจคนพิการ ประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ที่มีความจำเป็นต้องใช้รถสามล้อ
ชนิดมือโยกสำหรับคนพิการ ทั้งนี้หากมีคนพิการที่มีความต้องการรถสามล้อชนิดมือโยกสำหรับคนพิการ
ขอให้กรอกแบบสอบถามเพื่อแจ้งจริงผู้รับบริการทางสังคม พร้อมแนบเอกสารหลักฐาน ดังนี้

๑. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมลงลายมือชื่อ จำนวน ๑ ชุด
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมลงลายมือชื่อ จำนวน ๑ ชุด
๓. ใบรับรองแพทย์ (แพทย์ต้องระบุว่า สามารถใช้รถสามล้อชนิดมือโยก)
๔. รูปถ่ายเต็มตัวของคนพิการ จำนวน ๑ รูป

และส่งเอกสารที่ ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดชลบุรี สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
จังหวัดชลบุรี ทั้งนี้สามารถดาวน์โหลดแบบสอบถามเพื่อแจ้งจริงผู้รับบริการทางสังคม ได้จาก QR Code ท้ายหนังสือนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวจันจิรา ไทยบัณฑิตย์)

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชลบุรี

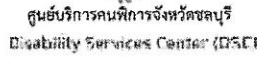


QR Code แบบสอบถามเพื่อแจ้งจริง

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดชลบุรี

โทร. ๐- ๓๘๒๗ - ๗๘๗๗ ต่อ ๒๒

โทรสาร.๐- ๓๘๒๘ - ๕๒๐๘



กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

/ สภาพที่อยู่อาศัย...

สภาพที่อยู่อาศัย.....
.....
.....

๒. ผู้ร้องขอแทนผู้รับบริการ

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

๓. ลักษณะความพิการ

- ☐ ยังไม่เคยจดทะเบียนคนพิการ
☐ จดทะเบียนคนพิการ เมื่อวันที่..... วันหมดอายุ..... จังหวัดที่จดทะเบียน.....
☐ พิกัดทางการเห็น ☐ พิกัดทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ พิกัดทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
☐ พิกัดทางจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ พิกัดทางสติปัญญา ☐ พิกัดทางการเรียนรู้ ☐ พิกัดการออกเสียง
☐ พิกัดการเข้าชั้นเรียน

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

๔. ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อยู่อาศัยร่วมกันจริงในปัจจุบัน)

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

หนี้สินในระบบ.....บาท หนี้สินนอกระบบ.....บาท รายจ่ายเฉลี่ยของครอบครัวบาทต่อเดือน
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
ด้านการเงิน	ด้านการเงิน
.....	
.....	
.....	
ด้านสิ่งของ	ด้านสิ่งของ
.....	
.....	
.....	
ด้านอื่นๆ	ด้านอื่นๆ
.....	
.....	
.....	

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอรับบริการ/ผู้ร้องแทน

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

ลงชื่อ.....ผู้สัมภาษณ์/ข้อเท็จจริง

(.....)

ตำแหน่ง.....

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

/ การดำเนินงาน...

การดำเนินงานของเจ้าหน้าที่/นักสังคมสงเคราะห์

ความเห็นของเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน.

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน

(.....)

ตำแหน่ง.....

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

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

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

หมายเหตุ : ได้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน (รับรองสำเนาถูกต้อง)

ผู้ขอรับบริการ/ผู้ยื่นเรื่องแทน/ผู้รับเงิน : ต้องเป็นบุคคลคนเดียว

แผนที่โดยสังเขป