



ที่ นศ ๑๑๑๘ / ว ๒๕๐

ที่ว่าการอำเภอแลานสกา
ถนนกะโรม นศ ๘๐๒๓๐

๑๔ พฤษภาคม ๒๕๖๓

เรื่อง การขอรับสนับสนุนกายอุปกรณ์สำหรับช่วยคนพิการ (รถสามล้อชนิดมือโยก)

เรียน นายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ทุกแห่ง , กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ทุกตำบล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม จำนวน ๑ ชุด
๒. รายละเอียดเอกสารที่ใช้ประกอบการยื่นขอสนับสนุนกายอุปกรณ์
สำหรับช่วยคนพิการ (รถสามล้อชนิดมือโยก) จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยได้รับแจ้งจากจังหวัดนครศรีธรรมราชว่า ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการให้จัดซื้อกายอุปกรณ์สำหรับช่วยคนพิการ (รถสามล้อชนิดมือโยก) เพื่อช่วยเพิ่มความสามารถทางด้านการเคลื่อนไหวของคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย ในการใช้ชีวิตประจำวันและเพื่อการประกอบอาชีพ

อำเภอแลานสกา ขอความร่วมมือท่านสำรวจความต้องการและยื่นขอรับการสนับสนุนกายอุปกรณ์สำหรับช่วยเหลือนคนพิการ (รถสามล้อชนิดมือโยก) โดยสามารถจัดส่งแบบขอรับการสนับสนุนกายอุปกรณ์ไปยังศูนย์บริการคนพิการจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครศรีธรรมราช (โดยตรง) ภายในวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๓ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาและดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ


(นายวิรัตน์ บัวศรี)
นายอำเภอแลานสกา

ที่การปกครองอำเภอ

กลุ่มงานบริหารงานปกครอง (สำนักงานอำเภอ)

โทร.๐-๗๕๓๙-๑๐๓๙

‘นครศรีธรรมราช’นครแห่งอารยธรรม’

‘ลานสกา เมืองน่าอยู่ อากาศดีที่สุดในประเทศไทย’

มารดา . ○ ทอดทั้ง ○ เสียชีวิต ○ ต้องโทษจำคุก ○ อื่นๆ ระบุ.....

5. ประเภทผู้ขอรับบริการ

- ☐ ครอบครัวของเด็ก/เด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน
- ☐ ผู้ตกทุกข์ได้ยากที่ขอให้ช่วยเหลือส่งกลับภูมิลำเนาเดิม
- ☐ ผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน
- ☐ ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยที่ประสบความเดือดร้อนหรือผู้ไร้ที่พึ่ง
- ☐ ครอบครัวคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการและประสบปัญหาความเดือดร้อน
- ☐ สตรีหรือครอบครัวที่ประสบปัญหาทางสังคม
- ☐ ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนและมีความจำเป็นในเรื่องต่างๆ
- ☐ ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง
- ☐ สตรีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีผู้อยู่ในอุปการะ
- ☐ สตรีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ไม่ได้ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะคนในครอบครัวที่ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์
- ☐ สตรีที่ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู
- ☐ สตรีที่สามียป่วย หรือเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะเลี้ยงดูบุคคลในครอบครัว
- ☐ ครอบครัวที่เป็นหัวหน้าครอบครัวติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีผู้อยู่ในอุปการะ
- ☐ ครอบครัวที่เป็นหัวหน้าครอบครัวไม่ได้ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์
- ☐ ครอบครัวที่หัวหน้าครอบครัวถึงแก่กรรมด้วยโรคเอดส์
- ☐ ผู้ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู
- ☐ ราษฎรบนพื้นที่สูง ซึ่งเป็นชาวเขาประสบปัญหาความเดือดร้อน

6. สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

6.1 ด้านที่อยู่อาศัย

- ☐ ไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย
- ☐ ไม่มีที่อยู่อาศัย
- ☐ สภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมต่อการพักอาศัย
- ☐ เรื้อรัง

6.2 ด้านสุขภาพอนามัย

- ☐ ติดเชื้อเอดส์ (HIV)/ ป่วยด้วยโรคเอดส์
- ☐ ป่วยเป็นโรคร้ายแรง
- ☐ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน
- ☐ ผู้ป่วยทางจิต
- ☐ หลงลืมชราภาพ
- ☐ ได้รับผลกระทบจากเชื้อเอดส์/ป่วยด้วยโรคเอดส์
- ☐ เจ็บป่วยเรื้อรัง
- ☐ ขาดแคลนกายอุปกรณ์/ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ
- ☐ ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ☐ ติดยาเสพติด
- ☐ โรคซึมเศร้า
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....

6.3 ด้านการศึกษา

- ☐ ขาดโอกาสทางการศึกษา
- ☐ ไม่มีทุนการศึกษา

6.4 ด้านการมีงานทำ และมีรายได้

- ☐ ขอดาน
- ☐ ถูกเลิกจ้าง/ว่างงาน
- ☐ ไม่มีการออม
- ☐ ไม่มีรายได้
- ☐ ไม่มีที่ดินทำกิน
- ☐ ขาดทักษะในการประกอบอาชีพ
- ☐ ถูกนายจ้างเอารัดเอาเปรียบ
- ☐ ไม่มีงานทำ
- ☐ ไม่มีอาชีพ
- ☐ รายได้ไม่แน่นอน
- ☐ รายได้ไม่พอใช้จ่าย
- ☐ มีหนี้สิน
- ☐ ไม่มีทุนประกอบอาชีพ
- ☐ ยากจน/ไร้ที่พึ่ง
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....

7. เรื่องขอรับความช่วยเหลือที่ต้องการ

บัญชีท้ายระเบียบบิลด์	
7.1 ด้านเงิน (ใส่จำนวนเงินด้วย)	
☐ ค่าเลี้ยงดู ค่าพาหนะ สำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
☐ เกี่ยวกับการศึกษาสำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
☐ เงินทุนประกอบอาชีพ สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
☐ ค่ารักษาพยาบาล สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
☐ ค่ากายอุปกรณ์แก่เด็กพิการและทุพพลภาพ	1
☐ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยป้องกันและแก้ไขความพิการของเด็ก	1
☐ ค่าใช้จ่ายในการส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม	1
☐ ค่าอาหารระหว่างรอรับการสงเคราะห์ และระหว่างเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิม	1
☐ ค่าพาหนะส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม	2
☐ ค่าเช่าที่พักของผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม	2
☐ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระหว่างรอรับการสงเคราะห์	2
ระหว่างการเดินทางเพื่อรับการสงเคราะห์หรือกลับภูมิลำเนาเดิม	2
☐ เงินอุดหนุนเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน	2
☐ ค่าเครื่องอุปโภคบริโภค	2
☐ ค่าใช้จ่ายในการครองชีพตามความจำเป็น	2
☐ ค่ารักษาพยาบาล เช่น ค่ายา ค่าอุปกรณ์การรักษา ค่าอาหารที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของทางราชการส่งรวมถึงค่าพาหนะ ค่าอาหาร ระหว่างติดต่อรักษาพยาบาล	3
☐ ค่าซ่อมแซมที่อยู่อาศัย	4,5,6,9,11
☐ เงินทุนประกอบอาชีพ	4,5,6,9,11
☐ เงินทุนประกอบอาชีพ รวมถึงการรวมกลุ่ม	4,5,6,9,11
☐ ค่าอาหาร	4,5,6,9,11
☐ ค่าเครื่องนุ่งห่ม	4,5,6,9,11
☐ ค่าพาหนะเดินทาง ค่าอาหาร ค่าเครื่องนุ่งห่ม หรือค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง	4,5,6,9,11
☐ เงินทุนประกอบอาชีพแก่สตรีที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว	9,10,11
☐ ค่าวัสดุที่พักชั่วคราว	
☐ อื่นๆ ระบุ	
7.2 ด้านสิ่งของ (ใส่จำนวน ชนิด รายการ ของสิ่งของด้วย)	
☐ เครื่องอุปโภคและบริโภค เช่น มุ้ง ผ้าห่มนอน แปรง นม	
☐ อุปกรณ์การศึกษา ☐ อาหาร ☐ เครื่องนุ่งห่ม ☐ นมผงสำหรับเด็ก ☐ ยารักษาโรค	
☐ อื่นๆ ระบุ	
7.3 ความช่วยเหลืออื่นๆ	
☐ ส่งไปทำกายภาพบำบัด ☐ ส่งเข้ารับการรักษา/บำบัด ☐ ติดตามหาญาติ	
☐ เข้ารับบริการในศูนย์บริการผู้สูงอายุ หรืออยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์คนชรา หรือสถานที่อื่นที่เหมาะสม	
☐ แยกผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรมไปพักอาศัยในสถานที่อื่นซึ่งมีความปลอดภัย	
☐ นำผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพกาย สุขภาพจิต	
☐ แจ้งความต่อพนักงานสอบสวนเพื่อดำเนินคดีต่อผู้กระทำความผิดทารุณกรรม	
☐ ให้คำแนะนำแก่ครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอยู่ด้วย เพื่อทำความเข้าใจให้สามารถดูแลผู้สูงอายุมิให้ถูกทารุณกรรมอีก	
☐ ให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับคดีและเรื่องสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ	
☐ ให้การฟื้นฟูสภาพร่างกาย สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ให้กลับไปสู่สภาวะปกติ และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย	
☐ ส่งกลับภูมิลำเนาเดิม	
☐ อื่นๆ ระบุ	

ผลการเยี่ยมบ้าน

ตรวจเยี่ยม

เจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยม ชื่อ - สกุล ตำแหน่ง

หน่วยงาน

ชื่อ - สกุล ของผู้ประสบปัญหาทางสังคม

บ้านเลขที่

สภาพที่อยู่อาศัย

.....

.....

.....

สภาพปัญหาความเดือดร้อน

.....

.....

.....

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมบ้าน

.....

.....

.....

ลงชื่อ ผู้เยี่ยมบ้าน

(.....)

ตำแหน่ง

ลงวันที่(ว.ด.ป.ที่เยี่ยมบ้าน)

หมายเหตุ : ผู้เยี่ยมบ้าน หมายถึง เจ้าหน้าที่กระทรวง พม.หรือเจ้าหน้าที่หน่วยบริการในพื้นที่หรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายหรือได้รับคำขอนี้ หรืออาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.)

รายละเอียดสำหรับการจ่ายเงิน เท่านั้น

1. รับด้วยตนเอง/มอบอำนาจรับแทน

☐ เงินสด ☐ เช็ค เลขที่.....ธนาคาร.....

หากมีการรับแทนโปรดระบุ เลขที่บัตรประชาชน

ชื่อ - นามสกุล.....ผู้รับแทน

เบอร์โทรศัพท์.....

2. โอนเข้าบัญชีธนาคาร ☐ โอนเข้าบัญชี ☐ พร้อมเพย์ (Prompt Pay) ☐ KTB Corporate Online ☐ e-Payment

ชื่อ - นามสกุล ผู้รับเงิน.....

เลขที่บัตรประชาชน

เลขที่บัญชี.....ชื่อบัญชี.....

ธนาคาร.....สาขา.....

รายละเอียดสำหรับการรับสิ่งของ

☐ รับด้วยตนเอง

☐ ผู้รับแทน เลขที่บัตรประชาชน

ชื่อ-นามสกุล.....

ประสานส่งต่อไปยังหน่วยงาน ชื่อหน่วยงาน.....จังหวัด.....

☐ ส่งไปทำกายภาพบำบัด ☐ ส่งเข้ารับการรักษา/บำบัด ☐ ส่งเข้าสถานสงเคราะห์/สถานคุ้มครอง

☐ ขอบุตรบุญธรรม/ครอบครัวอุปถัมภ์ ☐ ส่งเข้าฝึกอบรม/อาชีพ ☐ จัดหาอาชีพ

☐ อื่นๆ ระบุ.....

ช่วยเหลือด้านอื่นๆ

☐ ให้คำปรึกษา/แนะนำ ☐ ช่วยเหลือทางด้านกฎหมาย/คุ้มครองสิทธิ ☐ ติดตามหาญาติ

☐ ที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน ☐ อื่นๆ ระบุ.....

☐ ได้รับความช่วยเหลือ เนื่องจาก.....

การบูรณาการความช่วยเหลือร่วมกับหน่วยอื่น

หน่วยงานภายใน พม.

☐ ดย. หน่วยงาน..... ☐ เงิน..... ☐ สิ่งของ ระบุ..... ☐ อื่นๆ ระบุ.....

☐ พก. หน่วยงาน..... ☐ เงิน..... ☐ สิ่งของ ระบุ..... ☐ อื่นๆ ระบุ.....

☐ พส. หน่วยงาน..... ☐ เงิน..... ☐ สิ่งของ ระบุ..... ☐ อื่นๆ ระบุ.....

☐ ผส. หน่วยงาน..... ☐ เงิน..... ☐ สิ่งของ ระบุ..... ☐ อื่นๆ ระบุ.....

☐ สค. หน่วยงาน..... ☐ เงิน..... ☐ สิ่งของ ระบุ..... ☐ อื่นๆ ระบุ.....

☐ กคช. หน่วยงาน..... ☐ เงิน..... ☐ สิ่งของ ระบุ..... ☐ อื่นๆ ระบุ.....

☐ พอช. หน่วยงาน..... ☐ เงิน..... ☐ สิ่งของ ระบุ..... ☐ อื่นๆ ระบุ.....

หน่วยงาน/องค์กร ภายนอก

☐ เหล่ากาชาดอำเภอ/จังหวัด..... ☐ เงิน..... ☐ สิ่งของ ระบุ.....

☐ อบต./เทศบาล/อำเภอ..... ☐ เงิน..... ☐ อื่นๆ ระบุ.....

☐ มูลนิธิ/องค์กร/เครือข่าย..... ☐ เงิน..... ☐ อื่นๆ ระบุ.....

☐ หน่วยงานรัฐในพื้นที่ ระบุ..... ☐ เงิน..... ☐ อื่นๆ ระบุ.....

☐ สำนักงานองค์กร..... ☐ เงิน..... ☐ อื่นๆ ระบุ.....

☐ เงินบริจาค/ช่วยเหลือจากบุคคลทั่วไป จำนวน.....บาท

รายละเอียดเอกสารที่ใช้ประกอบการยื่นขอสนับสนุนกายอุปกรณ์

- | | |
|--|--------------|
| ๑. แบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. สำเนาบัตรคนพิการ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. สำเนาบัตรประชาชน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๕ ใบรับรองแพทย์ ระบุว่าคนพิการสามารถใช้รถสามล้อชนิดมือโยกได้ | จำนวน ๑ ฉบับ |