ที่ ตง ๐๓๑๘/ว๓๗๑

ที่ว่าการอำเภอห้วยยอด
ถนนเพชรเกษม ตง ๙๒๑๓๐

๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความร่วมมือสำรวจความต้องการรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

เรียน นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบล และนายกองค์กรบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือจังหวัดตรัง ที่ ๐๐๐๕/ว ๓๙๒๒ ลงวันที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๖๗

พร้อมนี้อำเภอห้วยยอด ขอส่งสำเนาหนังสือจังหวัดตรัง ที่ ๐๐๐๕/ว ๓๙๒๒ ลงวันที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๖๗ เรื่อง ขอความร่วมมือสำรวจความต้องการรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

จาเอก

(สุวัฒน์ สัญวงษ์)
นายอำเภอห้วยยอด

(1) เรียน ทยก.ทม. ห้วยนาง
- อ.ห้วยยอด ขอความร่วมมือสำรวจความต้องการรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ
- เพื่อโปรดพิจารณา

18 กค.67.

(2) เห็นควรให้ตามหนังสือฯ

(นางวรารัตน์ ปานยัง)
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ
18 ก.ค. 2567

(นางสาวเบญจมาศ เทียงธรรม์)
ตำแหน่ง เสำนักปลัดเทศบาลตำบลห้วยนาง
18 ก.ค. 2567

(นายประเสริฐ ชูวงศ์)
ผู้อำนวยการกองช่าง รักษาราชการแทน
ปลัดเทศบาลตำบลห้วยนาง
18 ก.ค. 2567

ที่ทำการปกครองอำเภอ
กลุ่มงานทะเบียนและบัตร
โทร.๐-๗๕๒๗-๑๘๔๘

ที่ว่าการอำเภอห้วยยอด
รับเลขที่ 3552
วันที่ ๑ ก.ค. ๖๗
เวลา .....

ที่ ตง ๐๐๐๕/ว ๗๔๓๘

ศาลากลางจังหวัดตรัง
ถนนพัทลุง ตง ๙๒๐๐๐

๙ กรกฎาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความร่วมมือสำรวจความต้องการรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

เรียน นายอำเภอทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบคำขอความต้องการรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ขอความร่วมมือจังหวัดตรัง มอบหมายสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดตรัง และศูนย์บริการคนพิการจังหวัด บูรณาการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาสัมพันธ์และสำรวจความต้องการรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ และรวบรวมข้อมูลส่งให้กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาให้ความช่วยเหลือตามบทบาทภารกิจของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

จังหวัดตรัง จึงขอความร่วมมืออำเภอแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในกำกับดูแล ประชาสัมพันธ์และสำรวจความต้องการรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ทั้งนี้ ขอความกรุณาส่งแบบคำขอความต้องการรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย กลับไปยังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดตรัง ภายในวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๗ เพื่อรวบรวมข้อมูลดังกล่าวส่งไปกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พิจารณาให้การช่วยเหลือต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายวิชาญ ชัยเศรษฐสัมพันธ์)
รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดตรัง

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด
ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดตรัง
โทร. ๐ ๗๕๒๑ ๘๓๖๖
โทรสาร. ๐ ๗๕๒๒ ๐๒๑๓

(สุวัฒน์ สัญญางบ)
นายอำเภอห้วยยอด

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.....

<u>ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน</u>

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

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

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

โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....

<u>ที่อยู่ปัจจุบัน</u> ○ 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.....

<u>สภาพที่อยู่อาศัย</u>

○ มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองและมั่นคงถาวร ○ มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองแต่ไม่มั่นคงถาวร ○ อาศัยอยู่กับผู้อื่น

○ อยู่ในที่ดินบุคคลอื่น ○ บ้านเช่า ○ พื้นที่สาธารณะ ○ อื่นๆ ระบุ.....

<u>อาชีพ</u>

○ 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.....

O พิการทางการเห็น O พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย O พิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย

O พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม O พิการทางสติปัญญา O พิการทางการเรียนรู้ O พิการออทอสติก

O พิการซ้ำซ้อน

3.2 ลักษณะความพิการ.....

4. ความต้องการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

O รถเข็นนั่ง O รถสามล้อชนิดมือโยก O ไม้ค้ำยัน O เครื่องช่วยเดิน 4 ขา O ที่นอนลม

O เตียงผู้ป่วย (ปรับระดับได้) O ไม้เท้าขาว O อื่นๆ ระบุ.....

5. การใช้งานอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

5.1 ปัจจุบันท่านมีอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการหรือไม่ O มี ระบุ..... O ไม่มี

5.2 สภาพปัจจุบันของอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ (กรณีมี)

O ปกติ O ชำรุด ใช้มานาน.....ปี.....เดือน

และได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานใด.....

6. มีการประเมินความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ โดยแพทย์/ผู้มีใบประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

O มี ระบุความจำเป็น.....

O ไม่มี

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอรับบริการ/ผู้ร้องแทน

ลงชื่อ.....**ผู้รับเรื่อง/สอบข้อเท็จจริง**

(.....)

ตำแหน่ง.....

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