สำนักงานเทศบาลตำบลห้วยนาง
เลขรับ 457
วันที่ 5 ก.พ. 67
เวลา.....น.

ที่ ตง ๐๐๐๕/ ๒๐๕๔

สำนักงานพัฒนาสังคมและ
ความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดตรัง
ศาลากลางจังหวัดตรัง หลังใหม่ ชั้น ๑
ถนนพัทลุง ตง ๙๒๐๐๐

๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความร่วมมือสำรวจความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบคำขอความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ด่วนที่สุด ที่ พม ๐๗๐๔/ว๑๕๔๑ ลงวันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๗ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ขอความร่วมมือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดตรังบูรณาการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสำรวจความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ เช่น รถเข็นนั่ง (Wheelchair) รถสามล้อโยก หรือไม้เท้าขาว เป็นต้น เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาให้ความช่วยเหลือตามบทบาทภารกิจของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดตรัง จึงขอความร่วมมือท่านมอบหมายเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลงานด้านคนพิการ สำรวจคนพิการที่มีความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการเพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาให้ความช่วยเหลือ ทั้งนี้ ขอความกรุณาส่งแบบคำขอความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย กลับไปยังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดตรัง ภายในวันจันทร์ที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ เพื่อรวบรวมข้อมูลดังกล่าวส่งไปยังกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พิจารณาให้การช่วยเหลือต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวโสพิญฐ์ สุวรรณหงส์)
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดตรัง

① เรียน นายก ทต.ห้วยนาง
กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ขอความร่วมมือสำรวจคนพิการที่มีความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ เช่น รถเข็นนั่ง รถสามล้อโยก หรือไม้เท้าขาว เป็นต้น
-จึงเรียนมาเพื่อทราบ

นางวรารัตน์ ปานยัง
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ
- 5 ก.พ. 2567
ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดตรัง
โทร. ๐ ๗๕๒๑ ๘๓๖๖
โทรสาร ๐ ๗๕๒๒ ๐๒๑๓

② เห็นควรให้ความร่วมมือสำรวจความต้องการ

(นางสาวเบญจมาศ เที่ยงธรรม)
ตำแหน่ง สำนักปลัดเทศบาลตำบลห้วยนาง
- 5 ก.พ. 2567

ลงประเสริฐ ชูวงศ์

(นายประเสริฐ ชูวงศ์)
ผู้อำนวยการกองช่าง รักษาราชการแทน
ปลัดเทศบาลตำบลห้วยนาง
5 ก.พ. 2567

แบบคำขอความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

ลำดับที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

1. ข้อมูลผู้รับบริการ /ผู้ยื่นคำขอแทนคนพิการ ○ คนพิการ ○ ผู้ยื่นคำขอแทน

คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่น ๆ.....) ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขที่บัตรประชาชน □-□□□□-□□□□-□□-□

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

เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

ติดต่อขอรับความช่วยเหลือโดย ○ ตนเอง ○ ญาติ ○ อื่น ๆ ระบุ.....

สถานภาพ ○ โสด ○ สมรส ○ หม้าย ○ หย่าร้าง ○ อื่น ๆ ระบุ.....

<u>ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน/ที่อยู่จริงปัจจุบัน</u>

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

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

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

โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....

<u>สภาพที่อยู่อาศัย</u>

○ มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองและมั่นคงถาวร ○ มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองแต่ไม่มั่นคงถาวร ○ อาศัยอยู่กับผู้อื่น

○ อยู่ในที่ดินบุคคลอื่น ○ บ้านเช่า ○ พื้นที่สาธารณะ ○ อื่น ๆ ระบุ.....

<u>อาชีพ</u>

○ ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน ○ นักเรียน/นักศึกษา ○ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ○ เกษตรกร ○ รับจ้าง

○ ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ ○ พนักงานของรัฐวิสาหกิจ ○ พนักงานบริษัท ○ อื่น ๆ ระบุ.....

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

2. ประเภทความพิการ

2.1 จดทะเบียนคนพิการ เมื่อวันที่.....วันหมดอายุ.....จังหวัดที่จดทะเบียน.....

○ พิการทางการเห็น ○ พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ○ พิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย

○ พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ○ พิการทางสติปัญญา ○ พิการทางการเรียนรู้ ○ พิการออทอสติก

○ พิการซ้ำซ้อน

2.2 ลักษณะความพิการ.....

3. ความต้องการอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

○ รถเข็นนั่ง (Wheelchair) ○ รถสามล้อชนิดมือโยก ○ ที่นอนลม

○ เตียงผู้ป่วย (ปรับระดับได้) ○ ไม้เท้าขาว ○ อื่น ๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าไม่เคยได้รับสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยคนพิการจากหน่วยงานใด ๆ หรือเคยได้รับการช่วยเหลือแล้ว แต่ปัจจุบันชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมหรือใช้งานได้ตามปกติ

ลงชื่อ.....

(.....)

คนพิการ/ผู้ยื่นคำขอแทน

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

(.....)

ตำแหน่ง.....

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

หมายเหตุ : กรณีลงลายมือชื่อไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือ หรือนิ้วเท้า หรือทำเครื่องหมายอื่นใดพร้อมมีพยานรับรองอย่างน้อย 2 คน

ลงชื่อ.....**พยาน**

(.....)

ลงชื่อ.....**พยาน**

(.....)

https://shorturl.asia/gbzsr

แบบคำขอความต้องการ

รับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ