



ที่ ชม ๕๓๘๐๑ /ว ๗๓๑

สำนักงานเทศบาลตำบลเวียงพร้าว
ถนนเชียงใหม่ – พพร้าว ชม. ๕๐๑๙๐

๙ กรกฎาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ประชาสัมพันธ์ขอความร่วมมือสำรวจความต้องการรับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ
เรียน ประธานสภา /รองประธานสภา /สมาชิกสภาเทศบาลตำบลเวียงพร้าว /กำนัน /ผู้ใหญ่บ้าน
ตำบลทุ่งหลวง ตำบลเวียง
อ้างถึง หนังสือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเชียงใหม่ ที่ ชม ๐๐๕/๔๔๔๘
ลงวันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๖๗

สิ่งที่แนบมาด้วย แบบคำขอความต้องการรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ จำนวน ๑ ชุด

ด้วย สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเชียงใหม่ ได้รับการประสานจาก
กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และแจ้งมายังเทศบาลตำบลเวียงพร้าว ให้ดำเนินการสำรวจความ
ต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ เช่น รถเข็นนั่ง(Wheelchair) รถสามล้อโยก หรือไม้เท้าขาว เป็นต้น
เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาให้ความช่วยเหลือตามบทบาทภารกิจของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต
คนพิการ นั้น

เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปด้วยความเรียบร้อย เทศบาลตำบลเวียงพร้าว จึงขอความร่วมมือ
จากท่านประชาสัมพันธ์และสำรวจความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการและขอให้ท่านดำเนินการกรอกข้อมูล
คนพิการตาม แบบคำขอความต้องการรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการและส่งเอกสารดังกล่าวกลับมายัง
เทศบาลตำบลเวียงพร้าว งานพัฒนาชุมชน ชั้น ๒ ภายในวัน อังคาร ที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๗
(เวลาราชการ)

จึงเรียนมาเพื่อทราบและแจ้งประชาสัมพันธ์ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายนคร ปัญญาทิพย์)

นายกเทศมนตรีตำบลเวียงพร้าว

สำนักปลัดเทศบาล

งานพัฒนาชุมชน

โทร. ๐-๕๓๔๗-๕๐๒๕ ต่อ ๒๒



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.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

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

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

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

โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....

ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ที่อยู่ปัจจุบันที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

(กรณีเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ขอให้ทำเครื่องหมาย ☒ และเข้าไปกรอกข้อมูลติดต่อผ่านชื่อและเบอร์โทรศัพท์)

☐ บ้านตนเอง ☐ อาศัยผู้อื่นอยู่ ☐ บ้านเช่า ☐ อยู่กับผู้จ้าง ☐ ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง

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

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

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

โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....

ติดต่อผ่านชื่อ.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

สภาพที่อยู่อาศัย

☐ มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองและมั่นคงถาวร ☐ มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองแต่ไม่มั่นคงถาวร ☐ อาศัยอยู่กับผู้อื่น

☐ อยู่ในที่ดินบุคคลอื่น ☐ บ้านเช่า ☐ พื้นที่สาธารณะ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

อาชีพ

☐ 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.....
☐ พิกัดทางการเห็น ☐ พิกัดทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ พิกัดทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย
☐ พิกัดทางจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ พิกัดทางสติปัญญา ☐ พิกัดทางการเรียนรู้ ☐ พิกัดออทิสติก
☐ พิกัดซ้ำซ้อน
3.2 ลักษณะความพิการ.....

4. ความต้องการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

☐ รถเข็นนั่ง ☐ รถสามล้อชนิดมือโยก ☐ ไม้ค้ำยัน ☐ เครื่องช่วยเดิน 4 ขา ☐ ที่นอนลม
☐ เตียงผู้ป่วย (ปรับระดับได้) ☐ ไม้เท้าขาว ☐ อื่นๆ ระบุ.....

5. การใช้งานอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

5.1 ปัจจุบันท่านมีอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการหรือไม่ ☐ มี ระบุ..... ☐ ไม่มี
5.2 สภาพปัจจุบันของอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ (กรณีมี)
☐ ปกติ ☐ ชำรุด ใช้นาน.....ปี.....เดือน
และได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานใด.....

6. มีการประเมินความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ โดยแพทย์/ผู้มีใบประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

☐ มี ระบุความจำเป็น.....
☐ ไม่มี

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้ขอรับบริการ/ผู้ร้องแทน

ลงชื่อ.....ผู้รับเรื่อง/สอบข้อเท็จจริง
(.....)
ตำแหน่ง.....
...../...../.....