



๑๗ ตุลาคม ๒๕๖๗

เลขที่รับ 986

วันที่ ๒๑ ต.ค. ๒๕๖๗

เวลา

สาย บัสเทศบาล ๐๗๕ (สาย ๑๘) / ๑๐.๑๓

กองคลัง

กองช่าง/กิจการประปา

กองการศึกษา นม ๐๐๐๕ / ๑๕ (๗) ๒

กองสาธารณสุข

เรื่อง ขอความร่วมมือสำรวจความต้องการรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ (เพิ่มเติม)

เรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. แบบคำขอความต้องการอุปกรณ์ช่วยคนพิการ (QR CODE หมายเลข ๑)
 ๒. แบบสรุปรายชื่อคำขอความต้องการอุปกรณ์ช่วยคนพิการ (QR CODE หมายเลข ๒)
 ๓. ข้อมูลโครงการ (QR CODE หมายเลข ๓)

ด้วยปัจจุบันมีคนพิการที่จดทะเบียนคนพิการกับกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ จำนวน ๒,๑๗๔,๑๕๘ คน มีคนพิการจำนวนมากที่มีความต้องการจำเป็นต้องได้รับอุปกรณ์สำหรับช่วยความพิการ เพื่อให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างเท่าเทียม กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ดำเนินโครงการจัดหาอุปกรณ์สำหรับช่วยเหลือคนพิการ ๗๒,๐๐๐ ชุด เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา ๖ รอบ ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๖๗ จึงขอความร่วมมือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครราชสีมา และศูนย์บริการคนพิการจังหวัด บุคลากรการทำงานร่วมกับหน่วยงานและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีภารกิจเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการแก่คนพิการในพื้นที่

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครราชสีมา โดยศูนย์บริการคนพิการจังหวัด จึงขอความร่วมมือท่านสำรวจรวบรวมข้อมูลคนพิการที่มีความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยความพิการประเภทรถเข็นนั่ง (wheel chair) รถสามล้อโยก และไม้เท้าขาว ทั้งนี้ สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มรายงานฯ ผ่านทาง QR CODE และขอให้ส่งข้อมูลแบบสรุปรายชื่อ (QR CODE หมายเลข ๒) กลับมายังสำนักงานพัฒนาสังคมฯ ภายในวันพุธที่ ๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๗ ทาง LINE ID ๐๙๔๔๓๙๔๕๕๕๕ และเอกสารแบบคำขอ (QR CODE หมายเลข ๑) ภายในวันศุกร์ที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

๑๑/๑๐/๑๐

(นางสาวแสงดาว อารีย์)

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครราชสีมา



QR CODE ๑



QR CODE ๒



QR CODE ๓



โครงการจัดหากายอุปกรณ์

สำหรับช่วยเหลือคนพิการ ๗๒,๐๐๐ ชุด

เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว

เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา ๖ รอบ 28 กรกฎาคม 2567

คนพิการ ที่ต้องการกายอุปกรณ์



ยื่นขอความจำนงได้ตามแบบฟอร์ม (คิวอาร์โค้ด)

สอบถามรายละเอียดได้ที่ โทร 02354 3388

โทร: _____

โทร: _____

เคตตะวันออกเฉียงเหนือ

โทร: _____

โทร: _____

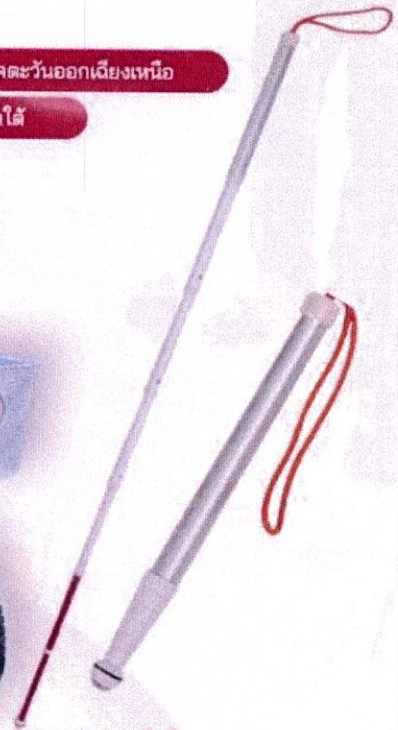
เคใต้



วีลแชร์



รถสามล้อโยก



ไม้เท้าขาว

เพื่อให้คนพิการได้รับโอกาส สิทธิ สวัสดิการ ที่เท่าเทียม ทัวถึง



กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ



แบบรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

โครงการจัดหาอุปกรณ์สำหรับช่วยเหลือคนพิการ ๗๒,๐๐๐ ชุด เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว

เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา ๖ รอบ ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๖๗

สนับสนุนโดยกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

(โครงการจัดหาอุปกรณ์สำหรับช่วยเหลือคนพิการ ระยะที่)

ลำดับที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว)

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน - - - -

ที่อยู่ หมู่บ้าน ตรอก/ซอย

ถนน แขวง/ตำบล

เขต/อำเภอ จังหวัด

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

ได้รับ รถเข็นนั่ง (Wheel chair) จำนวน คัน รถสามล้อชนิดมือโยก จำนวน คัน

เตียงผู้ป่วยปรับระดับได้ จำนวน เตียง ที่นอนลม จำนวน ชุด

เบาะรองนั่งลดแรงกดทับฯ จำนวน ชุด ไม้เท้าขาว จำนวน อัน

อื่น ๆ (โปรดระบุ) จำนวน

ทั้งนี้ได้แนบเอกสารเพื่อประกอบการรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ดังนี้

แบบคำขอความต้องการรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ๑ ฉบับ

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ๑ ฉบับ รูปถ่ายคนพิการเต็มตัว ๑ รูป

หนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และพยาน ๒ คน

(กรณีคนพิการไม่ได้มารับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการด้วยตนเอง)

ลงชื่อ.....ผู้รับ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่าย

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ ให้ส่งคืน สำนักพัฒนาสังคม/สำนักอนามัย/ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด/สมาคมคนพิการ เมื่อสิ้นสุดการใช้งาน



แบบคำขอความต้องการรับอุปการะช่วยคนพิการ

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.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน/ที่อยู่จริงปัจจุบัน

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

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

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

โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....

สภาพที่อยู่อาศัย

มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองและมั่นคงถาวร มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองแต่ไม่มั่นคงถาวร อาศัยอยู่กับผู้อื่น

อยู่ในที่ดินบุคคลอื่น บ้านเช่า พื้นที่สาธารณะ อื่น ๆ ระบุ.....

อาชีพ

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 พิการออทิสติก

พิการซ้ำซ้อน

2.2 ลักษณะความพิการ.....

3. ความต้องการอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

- รถเข็นนั่ง (Wheelchair) รถสามล้อชนิดมือโยก ที่นอนลม
 เตียงผู้ป่วย (ปรับระดับได้) ไม่ทำขา อื่น ๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าไม่เคยได้รับสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยคนพิการจากหน่วยงานใด ๆ หรือเคยได้รับการช่วยเหลือแล้ว แต่ปัจจุบันข้าพเจ้าไม่สามารถซ่อมแซมหรือใช้งานได้ตามปกติ

ลงชื่อ.....
(.....)
คนพิการ/ผู้ยื่นคำขอแทน

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

หมายเหตุ : กรณีลงลายมือชื่อไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือ หรือนิ้วเท้า หรือทำเครื่องหมายอื่นใดพร้อมมีพยานรับรองอย่างน้อย 2 คน

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

แบบสำรวจคำขอความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

เทศบาลตำบลบุรีใหญ่ อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา (หมู่ที่.....)

ที่	ชื่อ - นามสกุล (คนพิการ)	เลขที่บัตรประชาชน	ประเภทความพิการ	หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้	ความต้องการอุปกรณ์ช่วยคนพิการ						
					รถเข็นนั่ง	เบาะรองนั่ง	รถสามล้อชนิดมือโยก	ที่นอนลม	เตียงผู้ป่วย (ปรับระดับได้)	ไม้เท้าขาว	

ลงชื่อ _____
 ตำแหน่ง _____
 ลงวันที่ ____ / ____ / ____

(ผู้ให้ข้อมูล)