



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเชิงชุม อำเภอพรหมานิคม จังหวัดสกลนคร

ที่ สน ๗๗๐๐๑/๑๒๕

วันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๖๘

เรื่อง รายงานผลการดำเนินโครงการจัดหาอุปกรณ์สำหรับช่วยเหลือคนพิการประเภทรถเข็นนั่ง(Wheetchair)

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลเชิงชุม

ตามที่ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ได้ขอความร่วมมือจังหวัดสกลนครมอบหมายให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสกลนคร บูรณาการทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในพื้นที่นั้น

บัดนี้ องค์การบริหารส่วนตำบลเชิงชุม ได้ทำการส่งมอบอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการประเภทรถเข็นนั่งจำนวน ๓ คันเรียบร้อยแล้ว จึงขอรายงานผลให้ผู้บริหารทราบ รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

(นายชัยชัย ศรีสร้อย)

นักพัฒนาชุมชน

ความเห็นหัวหน้าสำนักปลัด..... ในดวงใจภรรยา

(นางสาวนิตติยา สุวรรณ)

หัวหน้าสำนักปลัด

ความเห็นปลัด อบต. เชิงชุม.....

(นายฉันทพงษ์ ฤชัยราม)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเชิงชุม

ความเห็นนายกองค์การบริหารส่วนตำบลเชิงชุม.....

(นายประคิน อันสุข)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเชิงชุม

สำเนา

ที่ สน ๗๗๐๐๑/๑๒๔

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลเชิงชุม

อำเภอพรหมานิคม จังหวัดสกลนคร

๕ มิถุนายน ๒๕๖๘

เรื่อง ขอส่งเอกสารประกอบการรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ประเภทรถเข็นนั่ง (Wheetchair) ตามโครงการจัดหาอุปกรณ์สำหรับช่วยเหลือคนพิการ ๗๒,๐๐๐ ชุด

เรียน สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสกลนคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบคำขอความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ	จำนวน ๓ ชุด
๒. แบบรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ	จำนวน ๓ ชุด
๓. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับอุปกรณ์ ฯ	จำนวน ๓ ชุด
๔. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ	จำนวน ๓ ฉบับ
๕. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการ	จำนวน ๓ ฉบับ
๖. สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ	จำนวน ๓ ฉบับ
๗. รูปถ่ายคนพิการเต็มตัว	จำนวน ๓ รูป
๘. รูปถ่ายการมอรถเข็นนั่ง	จำนวน ๓ รูป

ตามที่ กรมส่งเสริมและพัฒนาคูณภาพชีวิตคนพิการ ได้ขอความร่วมมือจังหวัดสกลนคร มอบหมายให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสกลนคร บูรณาการทำงาน ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกรมส่งเสริมและพัฒนาคูณภาพชีวิตคนพิการได้ส่งมอบ อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ประเภทรถเข็นนั่ง จำนวน ๓ คัน เพื่อส่งมอบให้แก่คนพิการในพื้นที่ นั้น

บัดนี้ องค์การบริหารส่วนตำบลเชิงชุม ได้ทำการส่งมอบอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ประเภทรถเข็นนั่ง จำนวน ๓ คัน เรียบร้อยแล้ว จึงขอส่งเอกสารประกอบการรับอุปกรณ์เครื่องช่วย ความพิการ ประเภทรถเข็นนั่ง รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาและดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

นายประคิน อ้นสุข)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเชิงชุม

6 มิ.ย. 2568
สำนักปลัด อบต.

โทร / โทรสาร ๑๔๒-๗๐๔๖๙๗

ผู้ตรวจ
ผู้ร่าง/ผู้ทา
ผู้พิมพ์



แบบคำขอความต้องการรับอุปการะช่วยคนพิการ

ลำดับที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2568

1. ข้อมูลผู้รับบริการ / ผู้ยื่นคำขอแทนคนพิการ คนพิการ ผู้ยื่นคำขอแทน
คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่น ๆ) เด็กหญิง ชื่อ พชรพล นามสกุล ใจอ่อน
เลขที่บัตรประชาชน 0 - 21224 - 00000 - 73 - 8
เกิดวันที่ 4 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2558 อายุ 10 ปี เพศ ชาย หญิง
เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ
ติดต่อขอรับความช่วยเหลือโดย ตนเอง ญาติ อื่น ๆ ระบุ.....
สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง อื่น ๆ ระบุ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน/ที่อยู่จริงปัจจุบัน
ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน ถ. 10/2 บ้านเลขที่ 182 หมู่ที่ 1
ตรอก/ซอย..... ตำบล/แขวง บ้านใหม่ อำเภอ/เขต พญาไท
จังหวัด นนทบุรี รหัสไปรษณีย์ 11130 โทรศัพท์บ้าน.....
โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร.....

สภาพที่อยู่อาศัย
 มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองและมั่นคงถาวร มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองแต่ไม่มั่นคงถาวร อาศัยอยู่กับผู้อื่น
 อยู่ในที่ดินบุคคลอื่น บ้านเช่า พื้นที่ดินสาธารณะ อื่น ๆ ระบุ.....

อาชีพ
 ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน นักเรียน/นักศึกษา ค่าขาย/ธุรกิจส่วนตัว เกษตรกร รับจ้าง
 ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ พนักงานของรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท อื่น ๆ ระบุ.....
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1000 บาท

2. ประเภทความพิการ
2.1 จดทะเบียนคนพิการ เมื่อวันที่ 3 ธ.ค. 2560 วันหมดอายุ 7 ธ.ค. 2569 จังหวัดที่จดทะเบียน นนทบุรี
 พิการทางการเห็น พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย พิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย
 พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม พิการทางสติปัญญา พิการทางการเรียนรู้ พิการออทิสติก
 พิการซ้ำซ้อน
2.2 ลักษณะความพิการ พ.ศ. 2560 / จดทะเบียนคนพิการ / 182 / 1

3. ความต้องการอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

รถเข็นนั่ง (Wheelchair) รถสามล้อชนิดมือโยก ไม่เท่าขา

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าไม่เคยได้รับสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยคนพิการจากหน่วยงานใด ๆ หรือเคยได้รับการช่วยเหลือแล้ว แต่ปัจจุบันข้าพเจ้าไม่สามารถซ่อมแซมหรือใช้งานได้ตามปกติ

ลงชื่อ.....
(ดิคุณ)..... (ชื่อจริง)
คนพิการ/ผู้ยื่นคำขอแทน

ลงชื่อ..... ผู้รับเรื่อง/สอบข้อเท็จจริง
(นาย ชัยชัย ศรีสร้อย)
ตำแหน่ง นักพัฒนาชุมชน
...../...../.....

หมายเหตุ : กรณีลงลายมือชื่อไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือ หรือนิ้วเท้า หรือทำเครื่องหมายอื่นใดพร้อมมีพยานรับรองอย่างน้อย 2 คน

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)



แบบรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

โครงการจัดหาอุปกรณ์สำหรับช่วยเหลือคนพิการ ๗๒,๐๐๐ ชุด เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว
เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา ๖ รอบ ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๖๗
สนับสนุนโดยกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
(โครงการจัดหาอุปกรณ์สำหรับช่วยเหลือคนพิการ ระยะที่)

ลำดับที่

วันที่ เดือน พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) เด็กหญิงกมลวดี ไร่ทอง

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ๗ - ๘๙๑๑ - ๐๑๑๖๐ - ๙๙ - ๘

ที่อยู่ ๑๘๒ หมู่บ้าน แม่ไร่ทอง ต. แม่ไร่ทอง อ. แม่ไร่ทอง จ. แม่ฮ่องสอน

ถนน แขวง/ตำบล แม่ไร่ทอง

เขต/อำเภอ แม่ฮ่องสอน จังหวัด แม่ฮ่องสอน

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

- ได้รับ รถเข็นนั่ง (Wheel chair) จำนวน 1 คัน รถสามล้อชนิดมือโยก จำนวน คัน
- เตียงผู้ป่วยปรับระดับได้ จำนวน เตียง ที่นอนลม จำนวน ชุด
- เบาะรองนั่งลดแรงกดทับฯ จำนวน ชุด ไม่เท่าขาว 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
เด็กหญิงกมลวดี ไร่ทอง

ลงชื่อ.....ผู้จ่าย
(.....)

ตำแหน่ง.....

หนังสือมอบอำนาจ

เรื่อง.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... บุตร นาย/นาง.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

ได้มอบอำนาจให้.....

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... บุตร นาย/นาง.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการ.....

แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในกรณีที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้
เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็น
สำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน



แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการประเภทเข็นนั่ง (Wheel chair)
โครงการจัดหาอุปกรณ์สำหรับช่วยเหลือคนพิการ 72,000 ชุด เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว
เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 6 รอบ 28 กรกฎาคม 2567
สนับสนุนโดยกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง เลือกคำตอบโดยการทำเครื่องหมายลงในช่องว่างที่ตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. อายุ

อายุต่ำกว่า 18 ปี

18 - 30 ปี

31 - 40 ปี

41 - 50 ปี

51 - 60 ปี

61 - 70 ปี

มากกว่า 70 ปีขึ้นไป

3. ระดับการศึกษา

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษาตอนต้น

มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.

อนุปริญญา / ปวส.

ปริญญาตรี

สูงกว่าปริญญาตรี

4. อาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ

ค้าขาย

ธุรกิจส่วนตัว

รับจ้าง

พนักงานบริษัท

ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

อื่น ๆ (โปรดระบุ)

5. รายได้ต่อเดือน

ไม่มีรายได้

ต่ำกว่า 5,000 บาท

5,000 - 10,000 บาท

10,001 - 15,000 บาท

15,001 - 20,000 บาท

มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป

6. ประเภทความพิการ

ทางการเห็น

ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย

ทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย

ทางจิตใจหรือพฤติกรรม

ทางสติปัญญา

ทางการเรียนรู้

ออทิสติก

ซ้ำซ้อน

ตอนที่ 2 ข้อมูลความพึงพอใจต่อกายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่ได้รับ

คำชี้แจง พิจารณาความพึงพอใจต่อกายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่ได้รับ โดยตอบคำถาม

ตามความเป็นจริง ซึ่งมีความหมายระดับคะแนนดังต่อไปนี้

- 5 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด
- 4 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก
- 3 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง
- 2 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย
- 1 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

รายการ	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
1. ด้านประโยชน์ใช้สอย					
1.1 รถเข็นนั่งสามารถกางออกและพับเก็บได้ง่าย สะดวกต่อการพกพา	/				
1.2 รถเข็นนั่งสามารถใช้งานได้ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน	/				
1.3 รถเข็นนั่งช่วยอำนวยความสะดวกแก่คนพิการ ในการดำรงชีวิต การเดินทางพบแพทย์ตามนัดหมาย หรือเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ	/				
2. ด้านความปลอดภัยในการใช้งาน		/			
2.1 รถเข็นนั่งมีความมั่นคงสูง มีความปลอดภัย ขณะเคลื่อนที่	/				
2.2 รถเข็นนั่งมีความปลอดภัยต่อการใช้งาน ไม่ก่อให้เกิดแผลกดทับ ที่วางเท้าไม่บาดเท้าหรือขาของผู้ใช้ และไม่ทำให้หางหลังหรือลัมไปด้านหลัง ฯลฯ	/				
2.3 รถเข็นนั่งมีความปลอดภัยต่อการใช้งาน ไม่ก่อให้เกิดแผลกดทับ ที่วางเท้าไม่บาดเท้าหรือขาของผู้ใช้	/				
3. ด้านความสวยงาม					
3.1 รถเข็นนั่งมีขนาด รูปร่างเหมาะสมกับผู้ใช้		/			
3.2 รถเข็นนั่งมีสีสีนสวยงามเหมาะสม		/			
4. ท่านมีความพึงพอใจในภาพรวมระดับใด	/				

ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะ

.....

.....



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน 3 4704 00519 07 1
 Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. เทพี ทัดสินจินดา



Name Miss Tapee
 Last name Tudsunda
 เกิดวันที่ 2 ก.พ. 2520
 Date of Birth 2 Feb. 1977

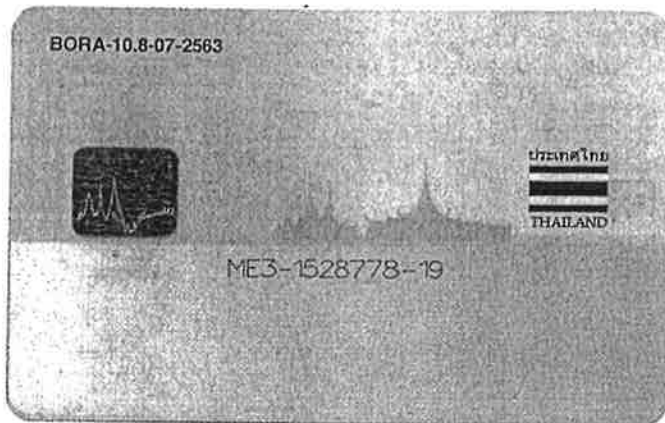


ที่อยู่ 182 หมู่ที่ 1 ต.เชิงชุม อ.พรหมเทพ

จ.สกลนคร
 1 ก.พ. 2565
 วันหมดอายุ
 1 Feb. 2022
 Date of Issue

(นายอนุกรม จงจิระ)
 1 ก.พ. 2573
 วันหมดอายุ
 1 Feb. 2030
 Date of Expiry

4704-03-02011129



บัตรประจำตัวคนพิการ ID Card for PWD
1-4799-01165-73-8



ชื่อ เด็กหญิงมณฑาดี
 นามสกุล เรืองทอง
 วัน-เดือน-ปี เกิด 4 มี.ย. 2558
 ประเภทความพิการ 2, 3, 4, 5, 6

ที่อยู่ 182 หมู่ที่ 1 ต.เชิงชุม อ.พรหมนิคม
 จ.สกลนคร

วันออกบัตร 8 ธ.ค. 2560 วันบัตรหมดอายุ 7 ธ.ค. 2568

(นายสมคิด สมศรี)
 เจ้าพนักงานบัตร



47 005002 61 24012561 1

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.)
 กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.)

1 = พิกัดทางการเห็น 2 = พิกัดทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
 3 = พิกัดทางการเคลื่อนไหว หรือทางร่างกาย 4 = พิกัดทางจิตใจ หรือพฤติกรรม
 5 = พิกัดทางสติปัญญา
 6 = พิกัดทางการเรียนรู้ 7 = พิกัดทางออทิสติก

ผู้ดูแลคนพิการ นางสาวเทพี ทศปจันตา
 3470400519071



(เด็กหญิงมณฑาดี เรืองทอง)

รายการเกี่ยวกับบ้าน


เล่มที่ 1

เลขรหัสประจำบ้าน 4704-014996-6 สำนักทะเบียน อำเภอพรหมานิคม

รายการที่อยู่ 182 หมู่ที่ 1 ตำบลเชิงชุม อำเภอพรหมานิคม จังหวัดสกลนคร

ชื่อหมู่บ้าน ชื่อบ้าน
ประเภทบ้าน บ้าน ลักษณะบ้าน

วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่ 27 พฤษภาคม 2535

ลงชื่อ  นายทะเบียน
(นายจรงค์ รักชายศ)
วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 29 กันยายน 2554

1


4

เล่มที่ 1 รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน 4704-014996-6 ลำดับที่ 3
ชื่อ ค.ช.ผกาวัลดี เรืองทอง สัญชาติ ไทย เพศ หญิง

เลขประจำตัวประชาชน 1-4799-01165-73-8 สถานภาพ ผู้อาศัย เกิดเมื่อ 4 มี.ย. 2558
มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ เกพี สัญชาติ ไทย

บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ วิริยะ สัญชาติ ไทย

* มาจาก 4799 ต.ธาตุเชิงชุม
อ.เมืองสกลนคร จ.สกลนคร เมื่อ 10 มี.ย. 2558

 นายทะเบียน
(นายดีเรก จันทร์มาลา)

** ไปที่ นายทะเบียน

(บันทึกประวัติครอบครัว)

เด็กหญิงผกาวดี เรืองทอง (ผู้พิการ) 182 หมู่ที่ 1 ตำบลเชิงชุม อำเภอพรณานิคม จังหวัดสกลนคร

รูปภาพเต็มตัว



รูปภาพนั่งรถเข็นนั่ง



รูปภาพมอปรตเข็นนั่ง





แบบคำขอความต้องการรับอุปการะช่วยคนพิการ

ลำดับที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ๒๕๖๙

1. ข้อมูลผู้รับบริการ / ผู้ยื่นคำขอแทนคนพิการ คนพิการ ผู้ยื่นคำขอแทน
 คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่น ๆ.....) ชื่อ สิริจันทร์ นามสกุล จิตรอนงค์
 เลขที่บัตรประชาชน ๓ - ๘๖๐๘ - ๐๐๐๐๒๒ - ๓๕ - ๓
 เกิดวันที่ ๑๑ เดือน ๑๖ พ.ศ. ๒๕๒๖ อายุ ๔๓ ปี เพศ ชาย หญิง
 เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ
 ติดต่อขอรับความช่วยเหลือโดย ตนเอง ญาติ อื่น ๆ ระบุ.....
 สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง อื่น ๆ ระบุ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน/ที่อยู่จริงปัจจุบัน
 ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน ม. ไร่แพะ บ้านเลขที่ : ๖๕ หมู่ที่ ๖
 ตรอก/ซอย..... ตำบล/แขวง เวียงจันทน์ อำเภอ/เขต เมือง
 จังหวัด สกลนคร รหัสไปรษณีย์ ๔๗/๓๐ 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..... ๘๐๐ บาท

2. ประเภทความพิการ

2.1 จดทะเบียนคนพิการ เมื่อวันที่ ๑๒ ๐๘ ๒๕๖๕ รนหมดอายุ ๑๒ ๐๘ ๒๕๗๕ จังหวัดที่จดทะเบียน สกลนคร
 พิการทางการเห็น พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย พิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย
 พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม พิการทางสติปัญญา พิการทางการเรียนรู้ พิการออทิสติก
 พิการซ้ำซ้อน

2.2 ลักษณะความพิการ.....

3. ความต้องการอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

รถเข็นนั่ง (Wheelchair) รถสามล้อชนิดมือโยก ไม่เท่าขา

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าไม่เคยได้รับสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยคนพิการจากหน่วยงานใด ๆ หรือเคยได้รับการช่วยเหลือแล้ว แต่ปัจจุบันข้าพเจ้าไม่สามารถซ่อมแซมหรือใช้งานได้ตามปกติ



ลงชื่อ.....

(นางสาว ก. จิตอาสา)

คนพิการ/ผู้ยื่นคำขอแทน



ลงชื่อ.....ผู้รับเรื่อง/สอบข้อเท็จจริง

(นาย ชัชชัย ศรีสร้อย)

ตำแหน่ง นักพัฒนาชุมชน

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

หมายเหตุ : กรณีลงลายมือชื่อไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือ หรือนิ้วเท้า หรือทำเครื่องหมายอื่นใดพร้อมมีพยานรับรองอย่างน้อย 2 คน

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)



แบบรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

โครงการจัดหาอุปกรณ์สำหรับช่วยเหลือคนพิการ ๗๒,๐๐๐ ชุด เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว
เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา ๖ รอบ ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๖๗
สนับสนุนโดยกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
(โครงการจัดหาอุปกรณ์สำหรับช่วยเหลือคนพิการ ระยะที่)

ลำดับที่

วันที่ เดือน พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) สิทธ จิตตาต

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ๑ - ๙๗๐๙ - ๐๐๙๖๖ - ๙๙ - ๙

ที่อยู่ ๒๒ ม. ๒ หมู่บ้าน คลองโพธิ์ ตรอก/ซอย

ถนน แขวง/ตำบล โพธิ์

เขต/อำเภอ นครพนม จังหวัด นครพนม

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

- ได้รับ รถเข็นนั่ง (Wheel chair) จำนวน คัน รถสามล้อชนิดมือโยก จำนวน คัน
- เตียงผู้ป่วยปรับระดับได้ จำนวน เตียง ที่นอนลม จำนวน ชุด
- เบาะรองนั่งลดแรงกดทับฯ จำนวน ชุด ไม่ทำขา 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
(นาย สิทธ จิตตาต)

ลงชื่อ.....ผู้จ่าย
(.....)

ตำแหน่ง.....

หนังสือมอบอำนาจ

เรื่อง.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... บุตร นาย/นาง.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

ได้มอบอำนาจให้.....

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... บุตร นาย/นาง.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการ.....

แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในกรณีที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้
เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็น
สำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน



แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการประเภทรถเข็นนั่ง (Wheel chair)
โครงการจัดหาอุปกรณ์สำหรับช่วยเหลือคนพิการ 72,000 ชุด เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว
เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 6 รอบ 28 กรกฎาคม 2567
สนับสนุนโดยกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง เลือกคำตอบโดยการทำเครื่องหมายลงในช่องว่างที่ตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ

- ชาย หญิง

2. อายุ

- อายุต่ำกว่า 18 ปี 18 - 30 ปี 31 - 40 ปี 41 - 50 ปี
 51 - 60 ปี 61 - 70 ปี มากกว่า 70 ปีขึ้นไป

3. ระดับการศึกษา

- ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.
 อนุปริญญา / ปวส. ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี

4. อาชีพ

- ไม่ได้ประกอบอาชีพ ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว
 รับจ้าง พนักงานบริษัท ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 อื่น ๆ (โปรดระบุ)

5. รายได้ต่อเดือน

- ไม่มีรายได้ ต่ำกว่า 5,000 บาท 5,000 - 10,000 บาท
 10,001 - 15,000 บาท 15,001 - 20,000 บาท มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป

6. ประเภทความพิการ

- ทางการเห็น ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
 ทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย ทางจิตใจหรือพฤติกรรม
 ทางสติปัญญา ทางการเรียนรู้
 ออทิสติก ซ้ำซ้อน

ตอนที่ 2 ข้อมูลความพึงพอใจต่อกายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่ได้รับ

คำชี้แจง พิจารณาความพึงพอใจต่อกายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่ได้รับ โดยตอบคำถาม

ตามความเป็นจริง ซึ่งมีความหมายระดับคะแนนดังต่อไปนี้

- 5 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด
- 4 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก
- 3 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง
- 2 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย
- 1 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

รายการ	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
1. ด้านประโยชน์ใช้สอย					
1.1 รถเข็นนั่งสามารถกางออกและพับเก็บได้ง่าย สะดวกต่อการพกพา	/				
1.2 รถเข็นนั่งสามารถใช้งานได้ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน	/				
1.3 รถเข็นนั่งช่วยอำนวยความสะดวกแก่คนพิการ ในการดำรงชีวิต การเดินทางพบแพทย์ตามนัดหมาย หรือเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ		/			
2. ด้านความปลอดภัยในการใช้งาน					
2.1 รถเข็นนั่งมีความมั่นคงสูง มีความปลอดภัย ขณะเคลื่อนที่	/				
2.2 รถเข็นนั่งมีความปลอดภัยต่อการใช้งาน ไม่ก่อให้เกิด แผลกดทับ ที่วางเท้าไม่บาดเท้าหรือขาของผู้ใช้ และไม่ทำให้หงายหลังหรือล้มไปด้านหลัง ฯลฯ		/			
2.3 รถเข็นนั่งมีความปลอดภัยต่อการใช้งาน ไม่ก่อให้เกิด แผลกดทับ ที่วางเท้าไม่บาดเท้าหรือขาของผู้ใช้	/				
3. ด้านความสวยงาม					
3.1 รถเข็นนั่งมีขนาด รูปร่างเหมาะสมกับผู้ใช้	/				
3.2 รถเข็นนั่งมีสี สีสันสวยงามเหมาะสม	/				
4. ท่านมีความพึงพอใจในภาพรวมระดับใด	/				

ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะ

.....

.....

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน 1 4704 00156 54 1
 Identification Number

ชื่อและชื่อสกุล นาย ลำธาร จิตอาคะ
 Name Mr. Lamtan
 Last name Jitarka
 เกิดวันที่ 11 ก.ค. 2535
 Date of Birth 11 Jul. 1992

อายุ 65 หมู่ที่ 6 ต.เวียงชุม อ.พรรณานิคม
 9 ต.กวนคร
 10 มี.ค. 2566
 วันออกบัตร 10 Mar. 2023
 Date of Issue

10 ก.ค. 2574
 วันหมดอายุ 10 Jul. 2031
 Date of Expiry

4704-02-03100850

ลำธาร ๗๐๖
 ลำธาร จิตอาคะ
 (นาย ลำธาร จิตอาคะ)

BORA-4.3-01-2565



ประเทศไทย
 THAILAND

ME4-1657121-34

123456




บัตรประจำตัวคนพิการ Thai National Identification Card
เลขประจำตัวประชาชน 1 4704 00156 54 1
 Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นายลำชาธิ์ จิตอาคะ
 Name: Mr. Jitaka
 Last Name: Lamlueng

เกิดวันที่ 11 กรกฎาคม 2535
 Date of Birth: 11 Jul 1992

ที่อยู่ 63 หมู่ 1 อ.ต.เชียงมณี อ.พรรณานิคม จ.อุบลราชธานี
 Address: 63 Moo 1, A. T. Chongmuni, A. Phan Nikom, U. Ratchaburi

รูปถ่าย
 Photo

ประเภทความพิการ
 Type of Disability: 3

วันออกบัตร 13 ธ.ค. 2565
 Date of Issue: 13 Dec 2022

วันบัตรหมดอายุ 12 ธ.ค. 2573
 Date of Expiry: 12 Dec 2030

เจ้าหน้าที่ยื่นบัตร
 Issuing Officer

ลำชาธิ์ จิตอาคะ

ลำชาธิ์ จิตอาคะ

(นายลำชาธิ์ จิตอาคะ)

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
 Department of Empowerment of Persons with Disabilities
 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
 Ministry of Social Development and Human Security

1	ทางการเห็น Visual disability	5	ทางสติปัญญา Intellectual disability
2	ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย Hearing or communication disability	6	ทางการเรียนรู้ Learning disability
3	ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย Physical or locomotion disability	7	ทางออทิซึม Autistic disability
4	ทางจิตใจหรือพฤติกรรม Mental or behavioral disability		

427080-64



(นายลำชาธิ์ จิตอาคะ)

รายการเกี่ยวกับบ้าน

เล่มที่ 1

เลขรหัสประจำบ้าน 4704-016678-0 สำนักทะเบียน อำเภอพรหมานิคม

รายการที่อยู่ 65 หมู่ที่ 6 ตำบลเชิงชุม อำเภอพรหมานิคม จังหวัดสกลนคร

ชื่อหมู่บ้าน โนนพอก ชื่อน้ำน ชื่อบ้าน ลักษณะบ้าน บ้านไม้เดี่ยว 1 ชั้น 2 ห้อง

วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่ 10 กรกฎาคม 2538

ลงชื่อ นายทะเบียน

(น.ส.สุภาวดี ผ่านสุวรรณ)

วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 14 ตุลาคม 2557

๒๐๑๕๐ ๕๕๕๕ ๕๕๕๕

๑๕๒๐ ๕๕๕๕๕๕ ๕๕๕๕๕๕

เล่มที่ 1

รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน

4704-016678-0

ลำดับที่ 4

ชื่อ นายลำธาร จิตอาคะ สัญชาติ ไทย เพศ ชาย

เลขประจำตัวประชาชน 1-4704-00156-54-1 สถานภาพ ผู้อาศัย เกิดเมื่อ 11 ก.ค. 2535

มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ คำไพ 3-4704-00587-88-3 สัญชาติ ไทย

บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ ลิปตวี 3-4704-00565-94-4 สัญชาติ ไทย

* มาจาก ฐานข้อมูลการทะเบียนราษฎร นายทะเบียน

เข้ามาอยู่ในบ้านนี้เมื่อ 10 ก.ค. 2538 (น.ส.สุภาวดี ผ่านสุวรรณ)

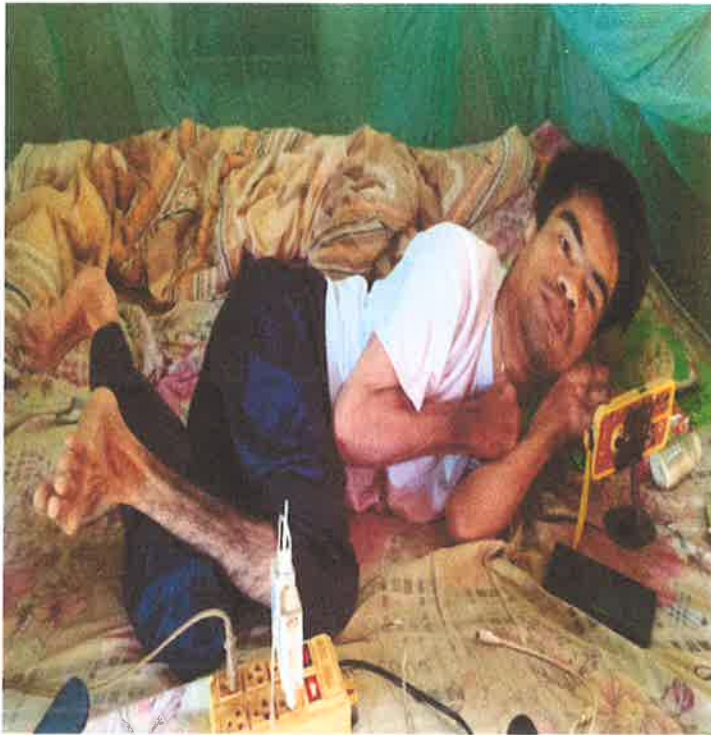
** ไปที่ นายทะเบียน



(นายลำธาร จิตอาคะ)

นายลำธาร จิตอาคะ (ผู้พิการ) 65 หมู่ที่ 6 ตำบลเชิงชุม อำเภอพรณานิคม จังหวัดสกลนคร

รูปภาพเต็มตัว



รูปภาพนั่งรถเข็นนั่ง



รูปภาพมอบรถเข็นนั่ง





แบบคำขอความต้องการรับอุปการะช่วยคนพิการ

ลำดับที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ๒๕๖๕

1. ข้อมูลผู้รับบริการ / ผู้ยื่นคำขอแทนคนพิการ คนพิการ ผู้ยื่นคำขอแทน

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

เลขที่บัตรประชาชน 1-11000-00000-00-00

เกิดวันที่ 3 เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ อายุ ๙ ปี เพศ ชาย หญิง

เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา.....

ติดต่อขอรับความช่วยเหลือโดย ตนเอง ญาติ อื่น ๆ ระบุ.....

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

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน/ที่อยู่จริงปัจจุบัน

ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน เม็กก๋อง บ้านเลขที่ ๘๖ หมู่ที่ 10

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

จังหวัด นครราชสีมา รหัสไปรษณีย์ ๓๙๐๐๐ โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร.....

สภาพที่อยู่อาศัย

มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองและมั่นคงถาวร มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองแต่ไม่มั่นคงถาวร อาศัยอยู่กับผู้อื่น

อยู่ในที่ดินบุคคลอื่น บ้านเช่า พื้นที่ดินสาธารณะ อื่น ๆ ระบุ.....

อาชีพ

ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน นักเรียน/นักศึกษา ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว เกษตรกร รับจ้าง

ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ พนักงานของรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท อื่น ๆ ระบุ แม่ค้า

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,000 บาท

2. ประเภทความพิการ

2.1 จดทะเบียนคนพิการ เมื่อวันที่ 30 พ.ค. ๒๕๖๕ วันหมดอายุ ๒ 10 ๒๕๗๖ จังหวัดที่จดทะเบียน นครราชสีมา

พิการทางการเห็น พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย พิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย

พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม พิการทางสติปัญญา พิการทางการเรียนรู้ พิการออทิสติก

พิการซ้ำซ้อน

2.2 ลักษณะความพิการ.....

3. ความต้องการอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

รถเข็นนั่ง (Wheelchair) รถสามล้อชนิดมือโยก ไม่เท่าขา

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าไม่เคยได้รับสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยคนพิการจากหน่วยงานใด ๆ หรือเคยได้รับการช่วยเหลือแล้ว แต่ปัจจุบันข้าพเจ้าไม่สามารถซ่อมแซมหรือใช้งานได้ตามปกติ

ลงชื่อ.....

(นายวิชาญ วัฒนวิทย์) (คนพิการ)

คนพิการ/ผู้ยื่นคำขอแทน

ลงชื่อ.....

(นายวิชาญ วัฒนวิทย์) (คนพิการ)

ตำแหน่ง.....

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

ผู้รับเรื่อง/สอบข้อเท็จจริง

(นายวิชาญ วัฒนวิทย์)

นักพัฒนาชุมชน

หมายเหตุ : กรณีลงลายมือชื่อไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือ หรือนิ้วเท้า หรือทำเครื่องหมายอื่นใดพร้อมมีพยานรับรองอย่างน้อย 2 คน

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)



แบบรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

โครงการจัดหาอุปกรณ์สำหรับช่วยเหลือคนพิการ ๗๒,๐๐๐ ชุด เจริญพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว
 เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา ๖ รอบ ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๖๗
 สนับสนุนโดยกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
 กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
 (โครงการจัดหาอุปกรณ์สำหรับช่วยเหลือคนพิการ ระยะที่)

ลำดับที่

วันที่ เดือน

พ.ศ. ๒๕๖๘

ข้าพเจ้า (นาย / นม / นางสาว) นางสาวฉวีพร นางสาวไพร

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน - 1006 - 00534 - 16 - 3

ที่อยู่ 33 ม.10 หมู่บ้าน หนองบัว ตรอก/ซอย

ถนน แขวง/ตำบล บ้านใหม่

เขต/อำเภอ พนาสัย จังหวัด บึงกาฬ

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

- ได้รับ รถเข็นนั่ง (Wheel chair) จำนวน 1 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
(นางสาวฉวีพร นางสาวไพร) ชวีพร

ลงชื่อ.....ผู้จ่าย
 (.....)

ตำแหน่ง.....

หนังสือมอบอำนาจ

เรื่อง.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... บุตร นาย/นาง.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

ได้มอบอำนาจให้.....

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... บุตร นาย/นาง.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการ.....

แทนข้าพเจ้างานเสร็จการ และข้าพเจ้ายอมรับคิดชอบในจารที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้
เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักประกันข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็น
สำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน
(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน



แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการประเภทเข็นนั่ง (Wheel chair)
โครงการจัดหาอุปกรณ์สำหรับช่วยเหลือคนพิการ 72,000 ชุด เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว
เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 6 รอบ 28 กรกฎาคม 2567
สนับสนุนโดยกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง เลือกคำตอบโดยการทำเครื่องหมายลงในช่องว่างที่ตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. อายุ

อายุต่ำกว่า 18 ปี

18 - 30 ปี

31 - 40 ปี

41 - 50 ปี

51 - 60 ปี

61 - 70 ปี

มากกว่า 70 ปีขึ้นไป

3. ระดับการศึกษา

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษาตอนต้น

มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.

อนุปริญญา / ปวส.

ปริญญาตรี

สูงกว่าปริญญาตรี

4. อาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ

ค้าขาย

ธุรกิจส่วนตัว

รับจ้าง

พนักงานบริษัท

ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

อื่น ๆ (โปรดระบุ)

5. รายได้ต่อเดือน

ไม่มีรายได้

ต่ำกว่า 5,000 บาท

5,000 - 10,000 บาท

10,001 - 15,000 บาท

15,001 - 20,000 บาท

มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป

6. ประเภทความพิการ

ทางการเห็น

ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย

ทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย

ทางจิตใจหรือพฤติกรรม

ทางสติปัญญา

ทางการเรียนรู้

ออทิสติก

ซ้ำซ้อน

ตอนที่ 2 ข้อมูลความพึงพอใจต่อกายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่ได้รับ

คำชี้แจง พิจารณาความพึงพอใจต่อกายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่ได้รับ โดยตอบคำถามตามความเป็นจริง ซึ่งมีความหมายระดับคะแนนดังต่อไปนี้

- 5 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด
- 4 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก
- 3 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง
- 2 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย
- 1 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

รายการ	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
1. ด้านประโยชน์ใช้สอย					
1.1 รถเข็นนั่งสามารถกางออกและพับเก็บได้ง่าย สะดวกต่อการพกพา	/				
1.2 รถเข็นนั่งสามารถใช้งานได้ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน	/				
1.3 รถเข็นนั่งช่วยอำนวยความสะดวกแก่คนพิการ ในการดำรงชีวิต การเดินทางพบแพทย์ตามนัดหมาย หรือเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ		/			
2. ด้านความปลอดภัยในการใช้งาน					
2.1 รถเข็นนั่งมีความมั่นคงสูง มีความปลอดภัย ขณะเคลื่อนที่	/				
2.2 รถเข็นนั่งมีความปลอดภัยต่อการใช้งาน ไม่ก่อให้เกิดแผลกดทับ ที่วางเท้าไม่บาดเท้าหรือขาของผู้ใช้ และไม่ทำให้หงายหลังหรือล้มไปด้านหลัง ฯลฯ		/			
2.3 รถเข็นนั่งมีความปลอดภัยต่อการใช้งาน ไม่ก่อให้เกิดแผลกดทับ ที่วางเท้าไม่บาดเท้าหรือขาของผู้ใช้	/				
3. ด้านความสวยงาม					
3.1 รถเข็นนั่งมีขนาด รูปร่างเหมาะสมกับผู้ใช้	/				
3.2 รถเข็นนั่งมีสีสนสวยงามเหมาะสม	/				
4. ท่านมีความพึงพอใจในภาพรวมระดับใด	/				

ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะ

.....

.....



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 1 1006 00538 96 3

ชื่อและชื่อสกุล ด.ช. ภาณุวัฒน์ ป่ามะไพร



Name Master Phanuwat

Last Name Pamaprai

เกิดวันที่ 3 ก.ค. 2550

Date of Birth 3 Jul. 2007

ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 33 หมู่ที่ 10 ต.เวียงชุม อ.พรวณานิคม

จ.สกลนคร

13 ต.ค. 2562

วันออกบัตร

13 Aug. 2019

Date of Issue



(สำหรับผู้ใช้ไม่กด)

เจ้าหน้าที่งานออกบัตร

2 ก.ค. 2571

วันบัตรหมดอายุ

2 Jul. 2028

Date of Expiry



4704-01-08130947



(นาย) ภาณุวัฒน์ ป่ามะไพร

BORA-10.7-02-2562



ประเทศไทย
 THAILAND

1006-00538-96-3



บัตรประจำตัวคนพิการ Thai National Identification Card
for Persons with Disabilities

เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 1 1006 00538 96 3

ชื่อตัวและชื่อสกุล นายภาณุวัฒน์ ปามะไพร

Name Mr. PHANUWAT

Last Name PAMAPRAI

เกิดวันที่ 3 กรกฎาคม 2550

Date of Birth 3 Jul 2007



ที่อยู่ 33 หมู่ที่ 10

จ.เชียงใหม่ อ.พารณานิคม

จ.สกลนคร

ผู้ดูแล 3 4704 00528 14 3

นางฉวีลา ปามะไพร

30 พ.ค. 2568

วันออกบัตร

30 May 2025

Date of Issue

(นาย/นาง/นางสาว/นายแพทย์)
เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

2 พ.ค. 2576

วันบัตรหมดอายุ

2 Jul 2033

Date of Expiry

ประเภทความพิการ

3

Type of Disability

47 00 005825 68 19037560 2 *



กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
Department of Empowerment of Persons with Disabilities
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
Ministry of Social Development and Human Security

นายภาณุวัฒน์ ปามะไพร

- | | | | |
|---|---|---|--|
| 1 | ทางการเห็น
Visual disability | 5 | ทางสติปัญญา
Intellectual disability |
| 2 | ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
Hearing or communication disability | 6 | ทางการเรียนรู้
Learning disability |
| 3 | ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
Physical or locomotion disability | 7 | ทางออทิสติก
Autistic disability |
| 4 | ทางจิตใจหรือพฤติกรรม
Mental or behavioral disability | | |

04:721-68

รายการเกี่ยวกับบ้าน

เลขรหัสประจำบ้าน 4704-026271-1 สำนักทะเบียน อำเภอพรหมนิคม เล่มที่ 1


รายการที่อยู่ 33 หมู่ที่ 10

ตำบลเชิงชุม อำเภอพรหมนิคม จังหวัดสกลนคร

ชื่อหมู่บ้าน ตำบล ชื่อบ้าน

ประเภทบ้าน บ้าน ลักษณะบ้าน ตึกเดี่ยว 1 ชั้น 2 ห้อง

วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่ 30 ธันวาคม 2552

ลงชื่อ  นายทะเบียน

(นางนวลจันทร์ โคสาสุ)

วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 30 ธันวาคม 2552

1


(นางนวลจันทร์ โคสาสุ)

4

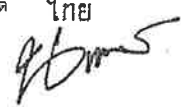
เล่มที่ 1 รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน 4704-026271-1 ลำดับที่ 3

ชื่อ ด.ช.ภาณุวัฒน์ ปามะไพโร สัญชาติ ไทย เพศ ชาย

เลขประจำตัวประชาชน 1-1006-00538-96-3 สถานภาพ ผู้อาศัย เกิดเมื่อ 3 ก.ค. 2550

มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ ถวิล 3-4704-00528-14-3 สัญชาติ ไทย

บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ พิชิต 3-3012-00505-24-9 สัญชาติ ไทย

• มาจาก 65 หมู่ที่ 10 ต.เชิงชุม  นายทะเบียน

อ.พรหมนิคม จ.สกลนคร เมื่อ 30 ธ.ค. 2552 (นางนวลจันทร์ โคสาสุ)

** ไปที่ นายทะเบียน

นายภาณุวัฒน์ ป่ามะไพร (ผู้พิการ) 65 หมู่ที่ 10 ตำบลเชิงชุม อำเภอพรหมานิคม จังหวัดสกลนคร

รูปภาพเต็มตัว



รูปภาพนั่งรถเข็นนั่ง



รูปภาพมอบรถเข็นนั่ง



สัญญา

ที่ สน ๗๗๐๐๑/ว๒๔๗

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลเชิงชุม
อำเภอพรหมานิคม จังหวัดสกลนคร

๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความร่วมมือสำรวจคนพิการที่มีความต้องการรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

เรียน กำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน ทุกหมู่บ้าน

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. หลักเกณฑ์การรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ	จำนวน	๑	ฉบับ
	๒. แบบคำขอความต้องการรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ	จำนวน	๑	ชุด
	๓. คุณสมบัติของกายอุปกรณ์	จำนวน	๑	ชุด

ด้วย จังหวัดสกลนคร โดยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสกลนคร ขอความร่วมมือท่านสำรวจคนพิการที่มีความต้องการขอรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ เพื่อให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างเท่าเทียม และดำรงชีวิตอิสระได้อย่างบุคคลทั่วไป นั้น

องค์การบริหารส่วนตำบลเชิงชุม จึงขอความร่วมมือท่านในการสำรวจข้อมูลคนพิการที่ต้องการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่เข้าหลักเกณฑ์ในแบบสำรวจ ฯ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ไปที่ส่วนสวัสดิการสังคม สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลเชิงชุม ภายในวันที่ ๒๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการ

1. รุ่งระวี
2. [Signature]
3. นภาพร วัฒน:๓๓
4. [Signature]
5. ทนมนุญ

ขอแสดงความนับถือ

(นายประคิน อ้นสุข)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเชิงชุม

6. อธิติ

7. เรือ อธิ

8. วรรณ

9. [Signature]

10. กฤษณา

[Signature] ผู้ตรวจ
[Signature] ผู้ร่าง/ผู้ทำง
[Signature] ผู้พิ

สำนักปลัด อบต.

โทร / โทรสาร ๑๔๒-๗๐๔๖๕๗

... หลักเกณฑ์การขอรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ...

๑. คุณสมบัติของคนพิการที่จะขอรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

๑. คนพิการที่จดทะเบียนคนพิการ และมีบัตรประจำตัวคนพิการที่บัตรไม่หมดอายุ
๒. มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการในดำรงชีวิตประจำวัน
๓. ฐานะยากจน
๔. ไม่เคยได้รับสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยคนพิการจากหน่วยงานใด ๆ หรือเคยได้รับการช่วยเหลือแล้ว แต่ปัจจุบันชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมหรือใช้งานได้ตามปกติ
๕. คนพิการสามารถขอกายอุปกรณ์ได้ ๑ อย่างเท่านั้น และกายอุปกรณ์ต้องตรงกับประเภทความพิการที่ระบุในบัตรประจำตัวคนพิการ หากพบความพิการเพิ่มเติม ให้คนพิการประเมินความพิการ และแจ้งเพิ่มความพิการในบัตรประจำตัวคนพิการต่อไป เพื่อให้คนพิการได้เข้าถึงสิทธิ

๒. อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่สามารถขอรับ ได้แก่ (เฉพาะ ๖ รายการนี้เท่านั้น)

๑. รถเข็นนั่ง (Wheel chair)
๒. เตียงผู้ป่วยชนิดมือหมุน
๓. เบาะลม (รองนั่ง)
๔. ที่นอนลม
๕. สามล้อชนิดมือโยก
๖. ไม้เท้าขาว

๓. เอกสารประกอบการขอรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

๑. แบบคำขอความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ(รายบุคคล)
๒. แบบสรุปคำขอความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

๔. สถานที่จัดส่งเอกสาร

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสกลนคร ศาลากลางจังหวัดสกลนคร (หลังใหม่)
ชั้น ๑ ถนนศูนย์ราชการ ตำบลธาตุเชิงชุม อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร

๕. ระยะเวลา

ภายในวันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๗ (ปิดรับวันสุดท้ายเท่านั้น)