



องค์การบริหารส่วนตำบล โนนงาม
เลขที่รับ ๑๕๒
วันที่ ๕ ก.พ. ๒๕๖๗
เวลา ๑๑.๐๐ น.
จนท. ชิต

ที่ อจ ๐๐๐๕/ว ๔๔๖

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
จังหวัดอำนาจเจริญ ศาลากลางจังหวัด อจ ๓๗๐๐๐

๒๖ มกราคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์สำรวจความต้องการรับอุปการะช่วยคนพิการ

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโนนงาม

- | | |
|---|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. หนังสือด่วนที่สุด ที่ พม ๐๗๐๕/ว ๕๔๑ ลงวันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๗ | จำนวน ๑ ชุด |
| ๒. แบบคำขอความต้องการรับอุปการะช่วยคนพิการ | จำนวน ๑ ชุด |
| ๓. เอกสารประกอบการขอรับอุปการะช่วยคนพิการ | จำนวน ๑ ฉบับ |

ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ขอความร่วมมือ จังหวัดอำนาจเจริญ มอบหมายสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด และศูนย์บริการคนพิการจังหวัด บูรณาการการทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสำรวจความต้องการรับอุปการะช่วยคนพิการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาให้ความช่วยเหลือ ตามบทบาทภารกิจของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอำนาจเจริญ โดยศูนย์บริการคนพิการจังหวัด ขอความอนุเคราะห์ท่านดำเนินการสำรวจความต้องการรับอุปการะช่วยคนพิการ ตามแบบคำขอความต้องการรับอุปการะช่วยคนพิการ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ และส่งแบบคำขอดังกล่าวมายังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอำนาจเจริญ ภายในวันจันทร์ที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ เพื่อจักได้ส่งให้กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายธงชัย มูลพันธ์)

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอำนาจเจริญ

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดอำนาจเจริญ
โทร./โทรสาร ๐๔๕-๘๘๐๒๓๔
www.amnatcharone.m-society.go.th



สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒



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.....

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.....

เอกสารประกอบการขอรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

๑. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ

๒. สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ

๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการ

๔. รูปถ่ายเต็มตัว ๑ รูป

๕. ในกรณีที่คนพิการต้องการอุปกรณ์ช่วยคนพิการ รถสามล้อชนิดมือโยก ต้องมีใบรับรองแพทย์ที่ระบุว่าสามารถใช้รถสามล้อชนิดมือโยกสำหรับคนพิการได้

***เอกสารที่เป็นสำเนาต้องรับรองสำเนาทุกแผ่น และสำเนาบัตรประชาชน กับบัตรพิการต้องไม่หมดอายุ

ผู้ประสานงาน นางพิษณุกรณ์ เข้มแก้ว นักพัฒนาชุมชน ๐๘๗-๒๔๓๖๘๑๑