**แบบขอรับความช่วยเหลืออุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการหรือฟื้นฟูสมรรถภาพ**

**กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดแพร่**

1. **ประเภทของผู้ขอรับความช่วยเหลือ**

􀀀 ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ

􀀀 คนพิการ เลขบัตรประจำตัวคนพิการ....................................................................

􀀀 ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะจำเป็นที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Sub-acute phase)

**สาเหตุของความพิการ/เจ็บป่วย**

....................................................................................................................................

....................................................................................................................................

โรคประจำตัว 􀀀 ไม่มี 􀀀 มี ระบุโรคที่ต้องการฟื้นฟู...........................................

....................................................................................................................................

1. **ข้อมูลของผู้ขอรับความช่วยเหลือ**

ชื่อ – สกุล (นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ.)................................................อายุ.........ปี

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้..................................................................................

เลขที่บัตรประชาชน 􀀀-􀀀􀀀􀀀􀀀-􀀀􀀀􀀀􀀀􀀀-􀀀􀀀-􀀀

สถานภาพ 􀀀 โสด 􀀀 สมรสอยู่ด้วยกัน 􀀀 สมรสแยกกันอยู่ 􀀀 หย่าร้าง

 􀀀 ไม่สมรสแต่อยู่ด้วยกัน 􀀀 หม้ายคู่สมรสเสียชีวิต 􀀀 อื่นๆ.................

ที่อยู่ปัจจุบัน 􀀀 บ้านตนเอง 􀀀 บ้านญาติ 􀀀 บ้านเช่า 􀀀 บ้านพักนายจ้าง

 􀀀 อื่นๆ (ระบุ).................................

เลขที่............หมู่ที่...........บ้าน......................ตำบล.............................อำเภอ.........................

จังหวัด..................................รหัสไปรษณีย์........................................

1. **ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อยู่อาศัยร่วมกันจริงในปัจจุบัน)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ที่** | **ชื่อ - สกุล** | **อายุ** | **ความเกี่ยวข้องกับ** **ผู้ขอรับความช่วยเหลือ** | **สุขภาพ** | **เบอร์โทรศัพท์** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ หรือฟื้นฟูสมรรถภาพ** (ตามความเห็นร่วมของผู้ประเมิน)

􀀀กรณีขอใหม่

....................................................................................................................................................................................................................................................................................................

􀀀 กรณีซ่อมแซม (ระบุประเภทและรหัสครุภัณฑ์ที่เคยได้รับจากกองทุนฯ)

....................................................................................................................................................................................................................................................................................................

พร้อมนี้ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบคำขอที่สำคัญ จำนวน............ฉบับ ดังนี้

 􀀀 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

 􀀀 สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือสมุดคนพิการ (ถ้ามี)

 􀀀 สำเนาทะเบียนบ้าน

 􀀀 ภาพถ่ายกลุ่มเป้าหมายที่แสดงถึงข้อจำกัดในการดำรงชีวิต

 􀀀 เอกสารแสดงสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเภทคนพิการ (ท.74)

 􀀀 อื่นๆ (ระบุ) เช่น ภาพถ่ายหรือคำอธิบายตัวอย่างอุปกรณ์ที่ต้องการใหม่ หรือรายการ

 วัสดุที่ต้องซ่อมแซม (ตามความเหมาะสม).......................................................................

 .........................................................................................................................................

 .........................................................................................................................................

1. **ลงนามผู้สัมภาษณ์/ผู้ประเมิน**

5.1) ผู้แทนหน่วยบริการในพื้นที่ (นาย/นาง/นางสาว).....................................................

ตำแหน่ง..................................................................โทรศัพท์...........................................

 ลายเซ็น...........................................

 วันที่.............เดือน......................พ.ศ...........

5.2) ผู้แทนคณะอนุกรรมการด้านการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

ของโรงพยาบาล (นาย/นาง/นางสาว)..............................................................................

ตำแหน่ง..................................................................โทรศัพท์...........................................

 ลายเซ็น...........................................

 วันที่.............เดือน......................พ.ศ............