**แบบขอรับความช่วยเหลือปรับสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย**

**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** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

รายได้เฉลี่ยของสมาชิกในครอบครัว....................................บาท/ปี

1. **ความต้องการความช่วยเหลือ** (ตามความเห็นร่วมของผู้ประเมิน)

􀀀ปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

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

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

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

􀀀 สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือ สมุดประจำตัวคนพิการ (ถ้ามี)

􀀀 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

􀀀 สำเนาทะเบียนบ้าน

􀀀 ภาพถ่ายกลุ่มเป้าหมาย ภาพถ่ายที่อยู่อาศัยและในส่วนที่ต้องการปรับปรุงหรือซ่อมแซม

􀀀 แบบรูปรายการงานก่อสร้าง (ประกอบด้วย ปร.4 ปร.5 และแบบแปลน)

 􀀀 หนังสือให้ความยินยอมในการปรับสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย

 􀀀 หนังสือรับรองจากองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล หรือหนังสือรับรองจาก

 กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน (อย่างใดอย่างหนึ่ง)

1. **ลงนามผู้สัมภาษณ์/ผู้ประเมิน**

5.1) ผู้แทน อบต./เทศบาล (นาย/นาง/นางสาว).............................................................

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

 ลงชื่อ...........................................

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

5.2) ผู้แทน หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ (นาย/นาง/นางสาว)................................................

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

 ลงชื่อ.............................................

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