

ที่ กท.สก ๒๕๖๘/๓๓



องค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสาคร
ถนนเจริญวงศ์ สก ๗๔๐๐๐

๑ กันยายน ๒๕๖๘

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์สำรวจข้อมูล

เรียน

อ้างถึง ประกาศคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดสมุทรสาคร เรื่อง หลักเกณฑ์การบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดสมุทรสาคร พ.ศ. ๒๕๖๘ ลงวันที่ ๒๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

- | | |
|--|-------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบขอรับการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ | จำนวน ๑ ชุด |
| ๒. แบบฟอร์มเลือกเก้าอี้ล้อเข็น | จำนวน ๑ ชุด |
| ๓. แบบคำขอให้มีการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย | จำนวน ๑ ชุด |

ด้วยองค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสาคร ได้จัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดสมุทรสาคร และได้มีประกาศคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดสมุทรสาคร เรื่อง หลักเกณฑ์การบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดสมุทรสาคร พ.ศ. ๒๕๖๘ เพื่อให้หน่วยงานสามารถขอรับการสนับสนุนงบประมาณ

เพื่อให้การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูฯ เกิดประโยชน์แก่ประชาชน จึงขอความอนุเคราะห์ท่านให้สำรวจข้อมูลในเขตพื้นที่รับผิดชอบดังนี้

๑. สำรวจความต้องการกายอุปกรณ์ , เครื่องช่วยความพิการ สำหรับผู้พิการ ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ และ ๒

๒. สำรวจความจำเป็นในการปรับสภาพแวดล้อมขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลันและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๓

ทั้งนี้ สามารถส่งข้อมูลดังกล่าวให้กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสาคร เพื่อให้กองทุนฟื้นฟูฯ จักได้ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายอุดม ไกรวัตนุสสรณ์)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสาคร
ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดสมุทรสาคร

กองสาธารณสุข
ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
โทร ๐๘๗๓๘๐๒๓๔๗
(นางสาวสุทธิษา สงขาว)

แจ้งท้ายหนังสือกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดสมุทรสาคร ที่ กท.สค.๒๕๖๘/๓๓ ลงวันที่ ๑ กันยายน
เรื่อง ขอความอนุเคราะห์สำรวจข้อมูลฯ

ที่	หน่วยงาน/ตำแหน่ง
๑	นายองค์การบริหารส่วนตำบลชัยมงคล
๒	นายองค์การบริหารส่วนตำบลบางกระเจ้า
๓	นายองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเกาะ
๔	นายองค์การบริหารส่วนตำบลโคกขาม
๕	นายกเทศมนตรีเมืองพันท้ายนรสิงห์
๖	นายองค์การบริหารส่วนตำบลบางน้ำจืด
๗	นายองค์การบริหารส่วนตำบลคอกกระบือ
๘	นายองค์การบริหารส่วนตำบลท่าทราย
๙	นายองค์การบริหารส่วนตำบลนาโคก
๑๐	นายองค์การบริหารส่วนตำบลกาหลง
๑๑	นายองค์การบริหารส่วนตำบลบางโพธิ์
๑๒	นายองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านบ่อ
๑๓	นายกเทศมนตรีตำบลบางหญ้าแพรก
๑๔	นายกเทศมนตรีตำบลบางปลา
๑๕	นายกเทศมนตรีตำบลนาดี
๑๖	นายกเทศมนตรีตำบลท่าจีน
๑๗	นายกเทศมนตรีนครสมุทรสาคร
๑๘	นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา
๑๙	นายกองค์การบริหารส่วนตำบลแคราย
๒๐	นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองนกไข่
๒๑	นายกเทศมนตรีเมืองคลองมะเดื่อ
๒๒	นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบางยาง
๒๓	นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าไม้
๒๔	นายกเทศมนตรีตำบลดอนไก่ดี
๒๕	นายกเทศมนตรีตำบลสวนหลวง
๒๖	นายกเทศมนตรีเมืองกระทุ่มแบน
๒๗	นายกเทศมนตรีนครอัมมน้อย
๒๘	นายองค์การบริหารส่วนตำบลสวนส้ม
๒๙	นายองค์การบริหารส่วนตำบลอำแพง
๓๐	นายองค์การบริหารส่วนตำบลคลองตัน
๓๑	นายองค์การบริหารส่วนตำบลเจ็ดริ้ว
๓๒	นายองค์การบริหารส่วนตำบลหลักสอง
๓๓	นายองค์การบริหารส่วนตำบลหลักห้า
๓๔	นายองค์การบริหารส่วนตำบลหลักสาม
๓๕	นายองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแพ้ว
๓๖	นายกเทศมนตรีตำบลเกษตรพัฒนา
๓๗	นายกเทศมนตรีตำบลบ้านแพ้ว

(สำหรับผู้ประเมินหลัก)

แบบขอรับการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการหรือฟื้นฟูสุขภาพ
กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดสมุทรสาคร

๑. ประเภทของผู้รับความช่วยเหลือ

- ☐ คนพิการ เลขบัตรประจำตัวคนพิการ.....
- ☐ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ
- ☐ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน ที่ต้องได้รับการฟื้นฟู
- ☐ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

สาเหตุของความพิการ / การเจ็บป่วย (พอสังเขป)

โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุโรคหลักที่ต้องฟื้นฟู.....

๒. ข้อมูลของผู้ขอรับการสนับสนุน

ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

เลขบัตรประชาชน ☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ บ้านตนเอง ☐ บ้านญาติ ☐ บ้านเช่า ☐ บ้านพักนายจ้าง ☐ อื่นๆ ระบุ.....

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

๓. ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อาศัยร่วมกันจริงในปัจจุบัน)

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	อายุ	ความเกี่ยวข้อง กับผู้ขอรับความ ช่วยเหลือ	โรคประจำตัว	เบอร์โทร ติดต่อ

๔. การได้รับความช่วยเหลือ / สวัสดิการ / อุปกรณ์ / เครื่องช่วย ที่เคยได้รับ

๑.จาก.....เมื่อวันที่.....จำนวน.....ชิ้น สภาพ ☐ ดี ☐ ชำรุด
๒.จาก.....เมื่อวันที่.....จำนวน.....ชิ้น สภาพ ☐ ดี ☐ ชำรุด
๓.จาก.....เมื่อวันที่.....จำนวน.....ชิ้น สภาพ ☐ ดี ☐ ชำรุด

๕. อุปกรณ์/เครื่องช่วยความพิการ หรือการฟื้นฟูสุขภาพ (ตามความเห็นร่วมของผู้ประเมิน)

☐ กรณีขอใหม่

.....

☐ กรณี ซ่อม ดัดแปลง เปลี่ยนชิ้นส่วน หรือการจัดทำเป็นกรณีเฉพาะของอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

☐ กรณียืม

.....

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

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือ สมุดประจำตัวคนพิการ (ถ้ามี) หรือเอกสาร ท ๗๔

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ เอกสารรับรองการเข้าพักอาศัยอยู่จริง (กรณีไม่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตจังหวัดสมุทรสาคร)

☐ ภาพถ่ายกลุ่มเป้าหมายที่แสดงถึงข้อจำกัดในการดำรงชีวิต

☐ คะแนนประเมิน ADL

☐ อื่นๆ (ระบุ) เช่น ภาพถ่ายหรือ คำอธิบายตัวอย่างอุปกรณ์ที่ต้องการใหม่ หรือ รายการวัสดุ

ที่ต้องซ่อมแซมเปลี่ยนแปลง (ตามความ

เหมาะสม).....

.....

๖. ลงนามผู้สัมภาษณ์ / ผู้ประเมิน

ผู้แทนหน่วยบริการในพื้นที่

(ลายมือชื่อ).....

()

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โทรศัพท์.....

(ลายมือชื่อ).....ผู้รับรอง

()

พยาบาลวิชาชีพ/นักกายภาพบำบัดประจำโรงพยาบาล.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โทรศัพท์.....



๑๐. อาชีพ

- ☐ ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน ☐ นักเรียน/นักศึกษา ☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ☐ ภาครัฐ/สามเณร/แม่ชี
☐ เกษตรกร (ทำไร่/นา/สวน/เลี้ยงสัตว์/ประมง) ☐ รับจ้าง ☐ ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ
☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ พนักงานบริษัท ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

๑๑. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท ที่มาของรายได้ ☐ วยตนเอง ☐ อื่นให้

๑๒. ชื่อ-สกุลผู้ติดต่อได้.....ความเกี่ยวข้อง.....เบอร์โทรศัพท์.....

๑๓. สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ เลือกตอบได้ (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

- ☐ ไม่มีที่อยู่อาศัย ☐ ไม่มีรายได้ ☐ ครอบครัวหรือผู้อุปการะมีฐานะยากจน
☐ ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ ☐ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนหรือการปรับตัวที่เหมาะสม
☐ ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู ☐ ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน
☐ อื่นๆ ระบุ.....

๑๔. ความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง

- ☐ พื้นบ้าน / หลังคา / บันได
☐ ฝ้าบ้าน / ห้องนอน / ประตู / หน้าต่าง / ระบบไฟฟ้า (สวิตซ์ไฟฟ้า / ปลั๊กไฟ / สายไฟ)
☐ ห้องน้ำ / ห้องสุขา
☐ ระเบียง / ชานบ้าน
☐ อื่นๆ (ระบุ).....

การตรวจประเมินการปรับสภาพ

ตรวจประเมินวันที่.....

ชื่อ - สกุลเจ้าหน้าที่.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

ลงชื่อ.....ผู้บันทึกข้อมูล
(.....)

ความเห็นของผู้ประเมิน (สิ่งที่ควรปรับสภาพที่อยู่อาศัยตามสภาพคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่ง
เจ็บพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง)

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

เอกสารแนบ ☐ ประ ๔/ประ ๕

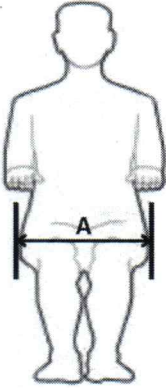
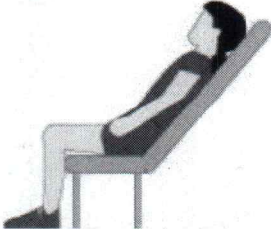
☐ คำยินยอมของผู้ให้เช่า (กรณีเช่าบ้าน)

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน (เจ้าหน้าที่)
(.....)



แบบฟอร์มเลือกเก้าอี้ล้อเข็นให้กับ นาย/นาง/นส./ด.ญ./ด.ช.

วิธีตรวจประเมิน	เลือกเก้าอี้ล้อเข็น
วัดความกว้างสะโพก  ขนาดที่วัดได้.....เซนติเมตร	☐ เก้าอี้ล้อเข็น 14 นิ้ว (36-41 เซนติเมตร) ☐ เก้าอี้ล้อเข็น 16 นิ้ว (41-46 เซนติเมตร) ☐ เก้าอี้ล้อเข็น 18 นิ้ว (46-54 เซนติเมตร) ☐ เก้าอี้ล้อเข็นขนาดพิเศษ (ความกว้างสะโพกน้อยกว่า 14 เซนติเมตร หรือมากกว่า 54 เซนติเมตร)
☐ ใช้เคลื่อนที่บนพื้นปูน ☐ ใช้เคลื่อนที่บนพื้นดิน	☐ ล้อหน้าขนาด 5 - 8 นิ้ว (ใช้เคลื่อนที่บนพื้นปูน) ☐ ล้อหน้าขนาด 8 - 14 นิ้ว (ใช้เคลื่อนที่บนพื้นดิน)
☐ ต้องการขนย้ายจากบ้านไปใช้ที่อื่นด้วย ☐ ต้องการใช้เฉพาะที่บ้าน	☐ เก้าอี้ล้อเข็นแบบพับได้ (ขนย้ายจากบ้านไปใช้ที่อื่นด้วย หรือใช้เฉพาะที่บ้าน) ☐ เก้าอี้ล้อเข็นแบบพับไม่ได้ (ใช้เฉพาะที่บ้าน) *หากผู้ใช้น้ำหนักมากกว่า 90 กิโลกรัม ควรใช้แบบพับไม่ได้
☐ นั่งงอสะโพก 90 องศาได้ และนั่งทรงตัวตรงนานได้  ☐ ข้อสะโพกงอได้น้อย หรือมีอาการเกร็งในท่าเหยียดสะโพก หรือนั่งทรงตัวตรงนานไม่ได้ 	☐ เก้าอี้ล้อเข็นแบบปรับเอนพนักพิงไม่ได้ (นั่งงอสะโพก 90 องศาได้ นั่งตัวตรงนานได้) ☐ เก้าอี้ล้อเข็นแบบปรับเอนพนักพิงได้ (ข้อสะโพกงอได้น้อย หรือมีอาการเกร็งในท่าเหยียดสะโพกหรือนั่งตัวตรงนานไม่ได้)

☐ นั่งทรงตัวได้ และแขนมีแรงขับเคลื่อนวงป้อน ☐ นั่งทรงตัวไม่ได้ หรือแขนไม่มีแรง หรือมีแรงข้างเดียว	☐ แก้อั้วลื้อเซ็นแบบช่วยเหลือตนเอง independent (นั่งทรงตัวได้ และแขนมีแรงขับเคลื่อนวงป้อน) ☐ แก้อั้วลื้อเซ็นแบบมาตรฐาน (นั่งทรงตัวไม่ได้ หรือแขนไม่มีแรง หรือมีแรงข้างเดียว)
--	---

สรุป รูปแบบแก้อั้วลื้อเซ็นที่ต้องการ

ผู้ประเมิน ลงชื่อ.....
 (.....)
 ตำแหน่ง.....
 วันที่.....