



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง โทร. ๐-๓๗๔๔-๑๙๘๒

ที่ สก ๗๖๐๐๑/

วันที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๖๗

เรื่อง รายงานผลการดำเนินงานส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับอุปกรณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันตามความจำเป็น

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ภาพประกอบกิจกรรม

จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง ได้รับหนังสือประชาสัมพันธ์สำรวจความต้องการ และจัดทำรายงานสรุปข้อมูลอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการแก่คนพิการและผู้สูงอายุ จากศูนย์อำนวยการจิตอาสาพระราชทานจังหวัดสระแก้ว ศูนย์อำนวยการจิตอาสาพระราชทาน ภาค ๑ ได้รับการประสานจากศูนย์อำนวยการใหญ่จิตอาสาพระราชทาน นั้น

บัดนี้ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องใช้ในชีวิตประจำวันตามความจำเป็น และคณะผู้บริหารและพนักงานเจ้าหน้าที่ได้นำไปมอบให้กับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ตำบลหนองม่วง เสร็จเรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นายชลลพรรษ คำน้อย)

นักพัฒนาชุมชน

(นายทิวา นาดิ)

หัวหน้าสำนักปลัด

ความเห็นของปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

(ลงชื่อ).....

(นายภูมิสิทธิ์ นนธ์ตา)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง

ความเห็นของนายก

(ลงชื่อ).....

(นายต๋อง พงษ์พรม)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง



ที่ สก ๐๘๑๘.๑/ว ส/๒๕๗

ที่ว่าการอำเภอโคกสูง
ถนนธนวิถี สก ๒๗๑๒๐

๕๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ประชาสัมพันธ์สำรวจความต้องการและจัดทำรายงานสรุปข้อมูลอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการแก่คนพิการ
เรียน สาธารณสุขอำเภอโคกสูง นายกเทศมนตรีตำบลโคกสูง และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง
สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบคำขอความต้องการรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยศูนย์อำนวยการจิตอาสาพระราชทานอำเภอโคกสูง ได้รับแจ้งจากศูนย์อำนวยการจิตอาสา
พระราชทานจังหวัดสระแก้วว่า ศูนย์อำนวยการจิตอาสาพระราชทาน ภาค ๑ ได้รับการประสานจากศูนย์อำนวยการ
ใหญ่จิตอาสาพระราชทาน ขอความร่วมมือให้ประชาสัมพันธ์สำรวจความต้องการและจัดทำรายงานสรุปข้อมูลอุปกรณ์
เครื่องช่วยความพิการ ในพื้นที่รับผิดชอบ

เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปด้วยความเรียบร้อย ศูนย์อำนวยการจิตอาสาพระราชทานอำเภอโคกสูง
จึงขอให้หน่วยงานของท่านดำเนินการสำรวจความต้องการดังกล่าวและจัดทำข้อมูลตามเอกสาร (สิ่งที่ส่งมาด้วย) เป็นรูปแบบ
ไฟล์ PDF ส่งให้ศูนย์อำนวยการจิตอาสาพระราชทาน อำเภอโคกสูง ภายในวันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๖๗

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

นายอำเภอโคกสูง

นายอำเภอโคกสูง

ที่ทำการปกครองอำเภอ
สำนักงานอำเภอ
โทร. ๐-๓๗๕๕-๑๑๒๗



แบบคำขอความต้องการรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

ลำดับที่

วันที่รับเรื่อง เดือน พ.ศ.

I. ข้อมูลผู้รับบริการ

ทำหน้าอาชีพ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ) ชื่อ นามสกุล

เลขที่บัตรประชาชน

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี เพศ ชาย หญิง

เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา

ศรัทธาขอรับความช่วยเหลือโดย ตนเอง ญาติ อื่นๆ ระบุ

ลดภาษี โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง อื่นๆ ระบุ

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน บ้านเลขที่ หมู่ที่

ครอบครัว/ชาย ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์บ้าน

โทรศัพท์มือถือ โทรสาร

ที่อยู่ปัจจุบัน ที่อยู่ปัจจุบันที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
(กรณีเป็นชื่อเดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ขอให้ทำเครื่องหมาย และข้ามไปกรอกข้อมูลติดต่อผ่านชื่อและเบอร์โทรศัพท์)

บ้านตนเอง อาศัยผู้อื่นอยู่ บ้านเช่า อยู่กับผู้อื่น ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง

ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน บ้านเลขที่ หมู่ที่

ครอบครัว/ชาย ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์บ้าน

โทรศัพท์มือถือ โทรสาร

ติดต่อผ่านชื่อ โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ

สภาพที่อยู่อาศัย

มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองและมีคนถาวร มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองแต่ไม่มีคนถาวร อาศัยอยู่กับผู้อื่น

อยู่ในที่ดินบุคคลอื่น บ้านเช่า ที่ดินสาธารณะ อื่นๆ ระบุ

อาชีพ

ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน นักเรียน/นักศึกษา ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว เกษตรกร รับจ้าง

ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ พนักงานของรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท อื่นๆ ระบุ

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บาท

2. ผู้ยื่นคำขอแทนผู้รับบริการ

ชื่อสถานที/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน.....บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ต.ระสา/ต.อ. ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน.....
โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร.....
ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ (เกี่ยวข้องกับ).....

3. ประเภทความพิการ

3.1 จัดทะเบียนคนพิการ เมื่อวันที่..... วันหมดอายุ..... จังหวัดที่จดทะเบียน.....

- พิการทางการเห็น
- พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
- พิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย
- พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
- พิการทางสติปัญญา
- พิการทางการเรียนรู้
- พิการออทิสติก
- พิการซ้ำซ้อน

3.2 ลักษณะความพิการ.....

4. ความต้องการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

- รถเข็นนั่ง
- รถสามล้อชนิดมือโยก
- ไม้ค้ำยัน
- เครื่องช่วยเดิน 4 ขา
- หินชนวน
- เครื่องผู้ประย (รับระดับได้)
- ไม้เท้าขาว
- อื่นๆ ระบุ.....

5. การใช้งานอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

5.1 ปัจจุบันท่านมีอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการหรือไม่ มี ระบุ..... ไม่มี

5.2 สภาพปัจจุบันของอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ (กรณีมี)

- ปกติ
- ชำรุด ใช้มานาน..... ปี..... เดือน

และได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานใด.....

6. มีการประเมินความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ โดยแพทย์/ผู้มีใบประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

- มีความจำเป็น.....
- ไม่มี

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอรับบริการ/ผู้ร้องแทน

ลงชื่อ..... ผู้รับเรื่อง/ตอบข้อเท็จจริง

(.....)

ตำแหน่ง.....

.....



โครงการจัดหา

กายอุปกรณ์

สำหรับช่วยเหลือคนพิการ

โครงการจัดหากายอุปกรณ์สำหรับช่วยเหลือคนพิการ 72,000 ชุด เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว
เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคล เฉลิมพระชนมพรรษา 6 รอบ 28 กรกฎาคม 2567
โดย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

คุณสมบัติ

**มีบัตรประจำตัวคนพิการ
เป็นคนพิการ
ที่มีรายได้น้อยและมีความจำเป็น
ที่จะต้องใช้กายอุปกรณ์
หรือเครื่องช่วยความพิการ**

**ช่องทางการยื่นขอมิสิทธิได้ที่
ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด
หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด
ทั่วประเทศ**

**ระยะดำเนินการตั้งแต่
มกราคม - ธันวาคม 2567**



แผนผังด้านล่างแสดงภาพโครง

การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับอุปกรณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันตามความจำเป็น
โดยการประสานขอรับรถวีลแชร์จาก พมจ.สระแก้ว







