



๘. ลักษณะที่อยู่อาศัย  บ้านตนเอง  อาศัยผู้อื่นอยู่  บ้านเช่า  อยู่กับผู้จ้าง  ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง  
สภาพที่อยู่อาศัยปัจจุบัน.....

๙. ประเภทผู้ประสบปัญหา

- ผู้พิการ ประเภทของความพิการ.....
  - จดทะเบียนคนพิการ เลขบัตรประจำตัวคนพิการ.....ระดับความพิการ.....
  - ไม่ได้จดทะเบียนคนพิการ
- ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน
- ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน
- ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

๑๐. ระดับการศึกษา

- ไม่ได้รับการศึกษา/ไม่จบชั้นประถมศึกษา  ประถมศึกษา
- มัธยมศึกษาตอนต้น  มัธยมศึกษาตอนปลาย
- ปวช./เทียบเท่า  ปวส./อนุปริญญา/เทียบเท่า
- ปริญญาตรี  สูงกว่าปริญญาตรี
- อื่น (ระบุ).....

๑๑. อาชีพ

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

๑๒. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท ที่มาของรายได้  ด้วยตนเอง  ผู้อื่นให้

๑๓. ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้.....ความเกี่ยวข้อง.....เบอร์โทรศัพท์.....

๑๔. การได้รับความช่วยเหลือ/สวัสดิการ/อุปกรณ์/เครื่องช่วยที่เคยได้รับ

- ๑. ....จาก.....พ.ศ.....จำนวน.....ชิ้น
- ๒. ....จาก.....พ.ศ.....จำนวน.....ชิ้น
- ๓. ....จาก.....พ.ศ.....จำนวน.....ชิ้น

๑๕. สภาพปัญหาความเดือนร้อนที่พบ

สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ เลือกตอบได้ (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

- ไม่มีที่อยู่อาศัย  ไม่มีรายได้  รู้สึกด้อยกว่าผู้อื่น
- ถูกรังเกียจเหยียดหยาม  ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ  ครอบครัวหรือผู้อุปการะมีฐานะยากจน
- ไม่มีโอกาสเรียนหนังสือ  ไม่ได้รับการฝึกอาชีพ  ไม่มีเงินทุนประกอบอาชีพ
- มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ  ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู  มีความลำบากเมื่อออกนอกบ้าน
- ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ

- ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนหรือการปรับตัวเหมาะสม
- ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน
- เงินไม่พอใช้จ่าย
- ไม่มีคนอุปการะ/ไร้ที่พึ่ง       ไม่มีงานทำ       ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน
- ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง       ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชีวิตประจำวัน

๑๖. ความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง

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

การตรวจประเมินการปรับสภาพ

ตรวจประเมินวันที่.....

ชื่อ - นามสกุล เจ้าหน้าที่.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

ลงชื่อ.....ผู้บันทึกข้อมูล (เจ้าหน้าที่ อปท.ที่รับผิดชอบ)  
( )

ความเห็นของผู้ประเมิน (สิ่งที่ควรปรับสภาพที่อยู่อาศัยตามสภาพคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ใน  
ระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง)

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

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน (นักกายภาพบำบัดประจำโรงพยาบาลหรือ  
( ) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต.)

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน (เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานของ อปท.)  
( )

