



ที่ อต ๗๑๗๐๑ / ว ๗๖๓

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านขาว
ต.บ้านขาว อ.เมืองอุดรธานี อต ๔๑๐๐๐

๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความร่วมมือสำรวจความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

เรียน กำนัน/ผู้ใหญ่บ้านในเขตตำบลบ้านขาว

อ้างถึง หนังสือจังหวัดอุดรธานี ที่ อต ๐๐๐๔/ว๐๐๔๕๕๕ ลงวันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๗

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสำรวจความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ จำนวน ๑ ชุด

ด้วย จังหวัดอุดรธานี ได้ขอความร่วมมือให้องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านขาว ในการสำรวจความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ เช่น รถเข็นนั่ง (Wheel Chair) รถสามล้อโยก หรือไม้เท้าขาว ฯลฯ โดยกรอกข้อมูลตามเอกสารที่ส่งมาด้วย พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ และจัดส่งแบบคำขอดังกล่าวให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานี ภายในวันที่ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๖๗ นั้น

ในการนี้ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านขาว เห็นว่าเป็นโครงการที่เกิดประโยชน์ตามสิทธิ์ที่ควรได้ จึงขอให้ท่านได้ประชาสัมพันธ์เสียงตามสายให้คนพิการ ในหมู่บ้านของท่านได้รับทราบโดยทั่วกัน

จึงเรียนมาเพื่อทราบและประชาสัมพันธ์ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

นายคำบุ ดำดา

(นายคำบุ ดำดา)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านขาว

สำนักปลัด งานสวัสดิการสังคม

โทร. ๐-๔๒๒๑-๘๒๑๓

โทรสาร ๐-๔๒๒๑-๗๔๔๓



อุดรธานี

เจ้าพนักงานบริหารการทะเบียน
พ.ศ. ๒๕๖๙



แบบคำขอความต้องการรับอุปการะช่วยคนพิการ

ลำดับที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

1. ข้อมูลผู้รับบริการ /ผู้ยื่นคำขอแทนคนพิการ ☐ คนพิการ ☐ ผู้ยื่นคำขอแทน

คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่น ๆ.....) ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขที่บัตรประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

ติดต่อขอรับความช่วยเหลือโดย ☐ ตนเอง ☐ ญาติ ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน/ที่อยู่จริงปัจจุบัน

ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....

สภาพที่อยู่อาศัย

☐ มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองและมั่นคงถาวร ☐ มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองแต่ไม่มั่นคงถาวร ☐ อาศัยอยู่กับผู้อื่น

☐ อยู่ในที่ดินบุคคลอื่น ☐ บ้านเช่า ☐ พื้นที่ดินสาธารณะ ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

อาชีพ

☐ ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน ☐ นักเรียน/นักศึกษา ☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ☐ เกษตรกร ☐ รับจ้าง

☐ ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ ☐ พนักงานของรัฐวิสาหกิจ ☐ พนักงานบริษัท ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

2. ประเภทความพิการ

2.1 จดทะเบียนคนพิการ เมื่อวันที่.....วันหมดอายุ.....จังหวัดที่จดทะเบียน.....

☐ พิการทางการเห็น ☐ พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ พิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย

☐ พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ พิการทางสติปัญญา ☐ พิการทางการเรียนรู้ ☐ พิการออทิสติก

☐ พิการช้าซ้อน

2.2 ลักษณะความพิการ.....

3. ความต้องการอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

- ☐ รถเข็นนั่ง (Wheelchair) ☐ รถสามล้อชนิดมือโยก ☐ ที่นอนลม
☐ เตียงผู้ป่วย (ปรับระดับได้) ☐ ไม้เท้าขาว ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าไม่เคยได้รับสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยคนพิการจากหน่วยงานใด ๆ หรือเคยได้รับการช่วยเหลือแล้ว
แต่ปัจจุบันข้าพเจ้าไม่สามารถซ่อมแซมหรือใช้งานได้ตามปกติ

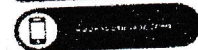
ลงชื่อ.....
(.....)
คนพิการ/ผู้ยื่นคำขอแทน

ลงชื่อ.....ผู้รับเรื่อง/สอบข้อเท็จจริง
(.....)
ตำแหน่ง.....
...../...../.....

หมายเหตุ : กรณีลงลายมือชื่อไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือ หรือนิ้วเท้า หรือทำเครื่องหมายอื่นใดพร้อมมีพยานรับรองอย่างน้อย 2 คน

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)



<https://forms.gle/yiiZh>

yHjxPEp4GeBA

แบบคำขอความต้องการ
รับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

- 

ถนนอธิปัตย์ อด ๕๑๐๐๐

นาย ก. ๒๕/๖/๖๓
(นายคำบุญ คำดา)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านขาว