

คำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ

๑. ชื่อ ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว.....นามสกุล.....

เลขที่บัตรประจำตัวคนพิการ ประเภทความพิการ.....

อายุ.....ปี อาชีพ.....

รายได้.....บาท/เดือน/ปี

๒. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....อีเมล.....

๓. สมาชิกในครอบครัวประกอบด้วย

ที่	ชื่อ - นามสกุล	อายุ	อาชีพ	การศึกษา	สุขภาพ	รายได้ (บ/ด.)	หมายเหตุ

๔. ลักษณะที่อยู่อาศัย

☐ ของตนเอง ☐ อาศัยผู้อื่นอยู่ ระบุ.....

สภาพที่อยู่อาศัยและความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง

☐ พื้นบ้าน / หลังคา / บันได

☐ ฝ้ายบ้าน / ห้องนอน / ประตู / หน้าต่าง / ระบบไฟฟ้า (สวิตช์ไฟฟ้า / ปลั๊กไฟ / สายไฟ)

☐ ห้องน้ำ / ห้องสุขา

☐ ระเบียบ / ชานบ้าน

☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕. ลักษณะการครอบครองที่ดิน

☐ ที่ดินของตนเอง ☐ ที่ดินเช่าจาก (ระบุ).....

☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๖. ความคิดเห็นเจ้าหน้าที่

☐ เห็นควรให้ความช่วยเหลือ.....

☐ เห็นควรให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เนื่องจาก.....

ลงชื่อผู้สอบข้อเท็จจริง.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

...../...../.....

**แบบรายงานการสอสภาพครอบครัวคนพิการที่สมควรได้รับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย
จังหวัดนครพนม**

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.ชื่อ-สกุล..... บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... บ้าน.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

๒.เพศ ☐ชาย ☐หญิง

๓.อายุ (เต็ม).....ปี

๔.สถานภาพ ☐โสด ☐สมรส ☐หม้าย ☐หย่า ☐แยกกันอยู่

๕.คู่สมรส เป็นคนพิการหรือไม่

☐ไม่เป็น

☐มีบุตร จำนวน.....คน เป็นชาย.....คน เป็นหญิง.....คน

๖.จำนวนบุตร

☐ไม่มี

☐มีบุตร จำนวน.....คน เป็นชาย.....คน เป็นหญิง.....คน

๗.สมาชิกในครอบครัวที่พักอาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบัน (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

☐อยู่คนเดียว

☐คู่สมรส

☐ลูก/หลาน

☐ญาติ

☐เพื่อน

☐ผู้ดูแล

☐อื่น ๆ.....

รวมทั้งสิ้น.....คน

๘.ประเภทความพิการ

☐ความพิการทางการมองเห็น

☐ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย

☐ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย

☐ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

☐ความพิการทางสติปัญญา

☐ความพิการทางการเรียนรู้

☐ออทิสติก

๙.มีลักษณะความพิการอื่น ๆ หรือไม่

☐ไม่มี

☐มี โปรดระบุ.....

๑๐.ท่านเป็นสมาชิกองค์กรคนพิการหรือไม่

☐ไม่เป็น

☐เป็น โปรดระบุชื่อองค์กร.....

๑๑.ท่านมีเอกสารสำคัญต่อไปนี้หรือไม่

๑๑.๑ ชื่อในทะเบียนบ้าน ☐ไม่มี

๑๑.๒ บัตรประชาชน ☐ไม่มี

☐มี ระบุเลขประจำตัวประชาชน

๑๑.๓ สมุดหรือบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ไม่มี

๑๒.ลักษณะสุขภาพโดยรวม

☐แข็งแรงมาก ช่วยเหลือตนเองได้

☐ไม่ค่อยแข็งแรง ต้องการการดูแลบ้าง

☐ไม่แข็งแรง ต้องการการดูแลเป็นส่วนใหญ่

☐อ่อนแอ ต้องการการดูแลตลอดเวลา

๑๓.โรคประจำตัว

☐ไม่มี

☐มี โปรดระบุ.....

๑๔.การนับถือศาสนา

☐พุทธ

☐คริสต์

☐อิสลาม

☐อื่น ๆ (ระบุ).....

- ๑๕.ระดับการศึกษาสูงสุด ☐ กำลังศึกษาอยู่ในระดับ โปตรระบุ.....
- ☐ ประถมศึกษา (ระบุ).....
- ☐ มัธยมศึกษา (ระบุ).....
- ☐ อุดมศึกษา (ระบุ).....
- ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)
- ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)
- ☐ ไม่ได้เรียน
- ☐ อ่านและเขียนหนังสือได้ ☐ อ่านได้ แต่เขียนหนังสือไม่ได้
- ☐ อ่านและเขียนหนังสือไม่ได้

๑๖.ปัจจุบัน ท่านประกอบอาชีพหรือไม่

- ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ ประกอบอาชีพ

๑๗.กรณีประกอบอาชีพ ท่านประกอบอาชีพใด (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ☐ ขายสลากกินแบ่งรัฐบาล ☐ นวดแผนโบราณ ☐ พยากรณ์ชะตาชีวิต
- ☐ เล่นดนตรี ☐ พนักงานสลับสายโทรศัพท์ ☐ เกษตรกรรม
- ☐ หัตถกรรม ☐ ครู/อาจารย์ ☐ ข้าราชการหรือลูกจ้างหน่วยงานราชการ
- ☐ รับจ้าง ☐ พนักงานหรือลูกจ้างหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ
- ☐ พนักงานหรือลูกจ้างบริษัทห้างร้านหรือองค์กรเอกชน ☐ เกษียณอายุแล้ว
- ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

๑๘.รายได้ต่อเดือน (เลือกได้มากกว่า ๑ รายการ) ☐ ไม่มีรายได้ ☐ เบี้ยความพิการเดือนละ.....บาท

☐ เงินบำนาญ เดือนละ.....บาท ☐ งานอดิเรก เดือนละ.....บาท

☐ ลูก/หลาน/บิดา/มารดา/ญาติ ให้เดือนละ.....บาท

☐ คู่สมรส เดือนละ.....บาท

๑๙.รายจ่ายต่อเดือน (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

- ☐ ไม่มีรายจ่าย ☐ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เดือนละ.....บาท
- ☐ ค่าใช้จ่ายสำหรับที่อยู่อาศัย เดือนละ.....บาท ☐ ค่าใช้จ่ายทั่วไปและอาหาร เดือนละ.....บาท
- ☐ ค่าใช้จ่ายในการทำบุญ เดือนละ.....บาท ☐ ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เดือนละ.....บาท

๒๐.ผู้ดูแล (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ☐ คู่สมรส ☐ บุตร/หลาน ☐ ญาติพี่น้อง ☐ ว่าจ้างดูแล
- ☐ เพื่อน/เพื่อนบ้าน ☐ อปพร. ☐ อื่น ๆ

๒๑.ท่านต้องการใช้อุปกรณ์ช่วยหรือไม่

- ☐ ไม่ใช่
- ☐ ใช้อุปกรณ์ คือ
- ☐ ไม่เท้าขาว ☐ แขน - ขาเทียม ☐ รถเข็น ☐ รถสามล้อโยก
- ☐ Walker ☐ สเลต (อุปกรณ์เขียนอักษรเบรลล์ ☐ เครื่องช่วยฟัง
- ☐ หมุดไม้ (สำหรับสัมผัสจุดซึ่งเป็นลักษณะของอักษรเบรลล์ ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

ตอนที่ ๒ ข้อมูลการอยู่อาศัย

๒๒.ลักษณะของที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน

- ☐ บ้านเดี่ยว ☐ บ้านไม้ยกพื้น ☐ บ้านสองชั้น/ครึ่งตึกครึ่งไม้
- ☐ ทาวน์เฮ้าส์ ☐ ตึกแถว ☐ ห้องแถว
- ☐ บ้านแฝด (พื้นที่.....ตารางวา) ☐ อพาร์ทเมนต์ ☐ อื่น ๆ

๒๓. ท่านอยู่อาศัย ณ ที่อยู่ปัจจุบันมาเป็นระยะเวลา.....ปี

๒๔. ลักษณะการครอบครองที่อยู่อาศัย

- ☐ เป็นเจ้าของกรรมสิทธิ์เอง ☐ เช่าระยะยาว (เช่า).....ปี
- ☐ เช่ารายเดือน เดือนละ.....บาท โดยมีผู้ให้เช่าคือ
- ☐ ท่านจ่ายเอง ☐ คู่สมรส ☐ บุตร/หลาน ☐ บิดา/มารดา
- ☐ ญาติ ☐ นายจ้าง ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....
- ☐ ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับคู่สมรส ☐ ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับลูก/หลาน
- ☐ ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับบิดา/มารดา ☐ ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับผู้ดูแล
- ☐ ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับนายจ้าง ☐ เป็นที่สาธารณะ

๒๕. การอยู่บ้านของท่านในช่วงเวลากลางวัน ๘.๐๐ – ๑๖.๐๐ น. ในวันธรรมดา (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ☐ อยู่คนเดียว ☐ อยู่กับคู่สมรส ☐ อยู่กับบิดา/มารดา
- ☐ อยู่กับลูก/หลาน จำนวน.....คน ☐ อยู่กับญาติ จำนวน.....คน
- ☐ อยู่กับผู้ดูแล จำนวน.....คน ☐ อยู่กับนายจ้าง จำนวน.....คน

๒๖. การอยู่บ้านของท่านในช่วงกลางคืน ๘.๐๐ – ๑๖.๐๐ น. ในวันหยุด (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ☐ อยู่คนเดียว ☐ อยู่กับคู่สมรส ☐ อยู่กับบิดา/มารดา
- ☐ อยู่กับลูก/หลาน จำนวน.....คน ☐ อยู่กับญาติ จำนวน.....คน
- ☐ อยู่กับผู้ดูแล จำนวน.....คน ☐ อยู่กับนายจ้าง จำนวน.....คน

ตอนที่ ๓ ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

๒๗. กรณีท่านมีบ้าน ๒ ชั้น หรือบ้านไม้ยกพื้น ท่านได้ใช้บันไดในการ ขึ้น-ลง หรือไม่

- ☐ ไม่ใช่
- ☐ ใช้บันไดในการ ขึ้น-ลง โดยมีความถี่
- ☐ นาน ๆ ครั้ง (เดือนละ ๑ – ๒ ครั้ง) ☐ ๑ – ๒ ครั้ง/สัปดาห์ ☐ ๓ – ๔ ครั้ง/สัปดาห์
- ☐ ๑ – ๒ ครั้ง/วัน ☐ ๓ – ๔ ครั้ง/วัน ☐ มากกว่า ๔ ครั้ง/วัน

๒๙.ภายในบ้านพักอาศัยของท่าน ท่านทำกิจกรรมใดบ้าง และมีความถี่ของกิจกรรมในระดับใดบ้าง

กิจกรรม	ความถี่ (ครั้ง/สัปดาห์)			ทุกวัน	ระบุสถานที่	ระบุกิจกรรม
	๑ - ๒	๓ - ๔	๕ - ๖			
กิจกรรมการ/ทำงานอื่น ๆ						
☐ ๑.ทำงาน						
☐ ๒.ประกอบอาหาร						
☐ ๓.ดูแลหลาน						
☐ ๔.ดูโทรทัศน์/วิดีโอ/ทีวีดี						
☐ ๕.ฟังวิทยุ/ฟังเพลง/ฟังข่าว						
☐ ๖.นอนกลางวัน						
☐ ๗.นั่งพักผ่อน-ชมวีว						
☐ ๘.อ่านหนังสือ						
☐ ๙.ทำงานบ้าน						ซักผ้า ทำความสะอาดบ้าน
☐ ๑๐.ออกกำลังกาย						
☐ ๑๑.งานอดิเรก						
กิจกรรมเยี่ยมเยือน/รับแขก						
☐ ๑.เพื่อนบ้านมาเยี่ยม						☐ ไม่มี/ไม่ต้องรับแขกในบ้าน
☐ ๒.ลูก/หลาน/ญาติ มาเยี่ยม						☐ ไม่มี/ไม่ต้องรับแขกในบ้าน
☐ ๓.อสม. พยาบาล มาเยี่ยม						☐ ไม่มี/ไม่ต้องรับแขกในบ้าน

๓๐.ภายนอกบ้าน (แต่ยังอยู่ในบริเวณที่ดินที่ครอบครอง) ของท่าน ท่านทำกิจกรรมใดบ้าง และมีความถี่ของกิจกรรมในระดับใด

กิจกรรม	ความถี่ (ครั้ง/สัปดาห์)			ทุกวัน	ระบุสถานที่	ระบุกิจกรรม
	๑ - ๒	๓ - ๔	๕ - ๖			
กิจกรรมการ/ทำงานอื่น ๆ						
☐ ๑.ทำงาน						
☐ ๒.นั่งพักผ่อน-ชมวีว						
☐ ๓.อ่านหนังสือ						
☐ ๔.พูดคุยกับเพื่อนบ้าน						
☐ ๕.ทำงานบ้าน						ซักผ้า ทำความสะอาดบ้าน
☐ ๖.ออกกำลังกาย						
☐ ๗.อื่น ๆ.....						

๓๑.มีกิจกรรมที่ท่านต้องพึ่งพาเพื่อนบ้านหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี โปรดระบุกิจกรรม

☐ ซื้ออาหาร/สิ่งของ

☐ ชำระค่าเช่า/ค่าสาธารณูปโภค เช่น ค่าน้ำ ค่าไฟ

☐ พาไปหาหมอ

☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๓๒.การดูแลร่างกายของท่าน (เลือกตอบได้หลายข้อ)

☐ การขับถ่าย

วันละ.....ครั้ง

☐ การแปรงฟัน

วันละ.....ครั้ง

☐ การอาบน้ำ

วันละ.....ครั้ง

☐ การสระผม

วันละ.....ครั้ง

☐ การเปลี่ยนเสื้อผ้า

วันละ.....ครั้ง

☐ การตรวจสุขภาพประจำปี ปีละ.....ครั้ง

๓๓.ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านได้รับบาดเจ็บจากสาเหตุต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

☐ หกล้ม จำนวน.....ครั้ง/ปี

☐ ตกบันได จำนวน.....ครั้ง/ปี

กรณีที่เคยหกล้ม/หรือตกบันได สาเหตุเกิดจาก

☐ สะดุดสิ่งของที่วางเกะกะ ☐ พื้นผิวมีลักษณะขรุขระไม่เรียบหรือมีของสูงทำให้สะดุด

☐ สลื่นจากพื้นที่เปียก แฉะ ☐ บริเวณที่เกิดเหตุมืด/ไม่สว่าง/ไม่มีไฟ

☐ แขนขาอ่อนแรงไปเฉย ๆ ☐ สัตว์เลี้ยง เช่น แมว/สุนัขวิ่งชนหรือขวางทางเดิน

☐ หน้ามืด/เวียนศีรษะ/เป็นลม ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

☐ จากยานพาหนะ จำนวน.....ครั้ง/ปี

☐ รถยนต์ จำนวน.....ครั้ง/ปี

☐ จักรยานยนต์ จำนวน.....ครั้ง/ปี

☐ จักรยาน จำนวน.....ครั้ง/ปี

☐ พาหนะอื่น ๆ จำนวน.....ครั้ง/ปี

☐ กินยาผิด จำนวน.....ครั้ง/ปี

☐ ของมีคมบาด จำนวน.....ครั้ง/ปี

☐ ไม่เคยได้รับบาดเจ็บเลย

๓๔.สถานที่ที่ทำให้ท่านได้รับอุบัติเหตุ/หกล้ม/ตกบันได

☐ ไม่เคยได้รับบาดเจ็บเลย

☐ ได้รับบาดเจ็บในบ้าน

☐ ห้องน้ำ/ห้องอาบน้ำ จำนวน.....ครั้ง

☐ ห้องครัว จำนวน.....ครั้ง

☐ ห้องนั่งเล่น จำนวน.....ครั้ง

☐ ห้องนอน จำนวน.....ครั้ง

☐ ชานบ้าน/ระเบียง จำนวน.....ครั้ง

☐ บันได จำนวน.....ครั้ง

☐ ใต้ถุนบ้าน จำนวน.....ครั้ง

☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

☐ ได้รับบาดเจ็บภายใน - ภายนอกบ้าน

☐ ทางเดินเข้าบ้าน จำนวน.....ครั้ง

☐ โรงจอดรถ จำนวน.....ครั้ง

☐ บริเวณสนาม ส่วนที่พุ่มพุ่ม เช่น ส่วนปลูกต้นไม้ จำนวน.....ครั้ง

☐ สถานที่อื่น ๆ ที่ไม่ใช่บ้าน (ระบุ เช่น ถนน ลานวัด).....

๓๕.ท่านเลี้ยงสัตว์หรือไม่

☐ ไม่เลี้ยง

☐ เลี้ยงสัตว์ (ระบุชนิดสัตว์)..... เลี้ยงบริเวณ.....

๓๖.ท่านปลูกพืช/ดูแลสวน/ต้นไม้ ในบริเวณหรือที่พักอาศัยของท่านหรือไม่

☐ ไม่ทำ

☐ ทำ บริเวณ.....

ตอนที่ ๔ ข้อมูลเกี่ยวกับที่พักอาศัยในปัจจุบัน

๓๗.ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับลักษณะทางเดินในบ้าน

☐ เหมาะสมแล้ว

☐ ควรปรับปรุง (ระบุ).....

๓๘.สภาพปัจจุบันมีการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง การจัดส่วนพื้นที่ใช้สอยใหม่หรือไม่ (สังเกต+สัมภาษณ์)

☐ ไม่มี เพราะ.....

☐ มี สาเหตุของการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง คือ

☐ ภาวะทางสุขภาพ (ความพิการ) ☐ ต้องการความเป็นส่วนตัว

☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๓๙.สภาพปัจจุบันมีการต่อเติมชั้นลอย/เพิ่มพื้นที่ใช้สอยหรือไม่ (สังเกต+สัมภาษณ์)

☐ มี (ระบุพื้นที่)..... มีขนาด.....ตร.ม.

๔๐.วัสดุปูพื้นของพื้นที่ต่อไปนี้

พื้นที่	ไม่มี พื้นที่นี้	วัสดุปูพื้น					
		ปูน (วัสดุเดิม)	ไม้	เสื่อน้ำมัน	กระเบื้อง/ โมเสก	กระเบื้องยาง	อื่น ๆ (ระบุ)
๑.ห้องนอน							
๒.ห้องนั่งเล่น							
๓.ห้องครัว							
๔.ชานบ้าน/ระเบียง							
๕.ห้องน้ำ							
๖.โรงจอดรถ							

๔๑.สภาพปัจจุบันมีการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง อุปกรณ์ประกอบอาคารหรือไม่

- ☐ ไม่มี เพราะ.....
- ☐ มี อุปกรณ์อาคารที่ปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง คือ (โปรดระบุสาเหตุที่เปลี่ยนด้วย)
- ☐ ประตู..... สาเหตุ.....
- ☐ หน้าต่าง..... สาเหตุ.....
- ☐ อุปกรณ์ในห้องน้ำ..... สาเหตุ.....
- ☐ สวิตช์/ปลั๊ก..... สาเหตุ.....
- ☐ อุปกรณ์พื้นที่ซอกข้าง (เช่น ก๊อกน้ำ อ่างล้าง)..... สาเหตุ.....

๔๒.ขนาดของบ้านท่านเป็นอย่างไร

- ☐ ขนาดกว้างใหญ่เกินไป ☐ ขนาดพอดี ☐ ขนาดคับแคบเกินไป

๔๓.ในบ้านของท่านได้รับแสงสว่างธรรมชาติเพียงพอหรือไม่ อย่างไร

- ☐ แสงสว่างมากเกินไป ☐ แสงสว่างพอดี ☐ แสงสว่างไม่เพียงพอ

๔๔.ในบ้านของท่านมีการระบายอากาศดีหรือไม่ อย่างไร

- ☐ ระบายอากาศดี ☐ ระบายอากาศไม่ดี

๔๕.ในบ้านของท่านมีกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่ อย่างไร

- ☐ ไม่มีกลิ่น
- ☐ มีกลิ่น
- ☐ กลิ่นอับ ☐ กลิ่นห้องน้ำ ☐ กลิ่นขยะ ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๔๖.ในบ้านของท่านมีเสียงรบกวนหรือไม่ อย่างไร

- ☐ ไม่มีเสียงรบกวน
- ☐ มีเสียงรบกวน
- ☐ เสียงเครื่องบิน ☐ เสียงเพื่อนบ้าน ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๔๗.ในบ้านของท่านมีบันได ขึ้น-ลง ไม่สะดวก

- ☐ ไม่มีบันได
- ☐ มีบันได ขึ้น-ลง ไม่สะดวก
- ☐ บันไดมีขนาดเล็ก ☐ บันไดแต่ละชั้นมีความสูงมากเกินไป ☐ บันไดมีช่องเปิดโล่ง
- ☐ บันไดลาดชัน ☐ ไม่มีราวจับบันได ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๔๘. พื้นที่ใช้สอยของท่านมีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร

☐ มีความเหมาะสม

☐ ไม่มีความเหมาะสม ในพื้นที่ (โปรดระบุสาเหตุ)

☐ ห้องนอน เพราะ.....

☐ ห้องนั่งเล่น เพราะ.....

☐ ห้องครัว เพราะ.....

☐ ครัวบ้าน/ระเบียง เพราะ.....

☐ ห้องน้ำ เพราะ.....

☐ โรงจอดรถ เพราะ.....

☐ ทางเดิน เพราะ.....

☐ พื้นที่รอบบ้าน เพราะ.....

อื่น ๆ (ระบุ)..... เพราะ.....

๔๙. พื้นที่ภายนอกบ้านควรมีการปรับปรุงหรือไม่ อย่างไร

☐ ไม่ต้องปรับปรุงใด ๆ

☐ ควรปรับปรุงทางเดินให้มีความสะดวกและสวยงาม

☐ เพิ่มหลังคาคลุมกันแดดและฝนตามทางเดิน

☐ เพิ่มต้นไม้ที่ให้ร่มเงา

☐ เพิ่มไม้ประดับที่ให้ความสวยงาม

☐ มีแปลงปลูกต้นไม้/ผักสวนครัว

๕๐. ท่านพบปัญหาในเขตบ้านของท่านหรือไม่ อย่างไร

☐ ไม่พบปัญหา

☐ พบปัญหา

☐ น้ำท่วมขัง

☐ ยุง

☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

(ลงชื่อ).....ผู้สอบข้อเท็จจริง

(.....)

วันที่.....

ภาพถ่ายที่อยู่อาศัยภายในและภายนอกบ้าน

หนังสือให้ความยินยอมในการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ

ที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี เป็น () เจ้าบ้าน หรือ

() สมาชิกในครอบครัวที่ได้มอบหมายจากเจ้าของบ้านพักอาศัยเลขที่.....

ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... ซึ่งเกี่ยวพันเป็น () บิดา () มารดา

() สามี () ภรรยา () บุตร () หลาน () อื่น ๆ (ระบุ).....ของคนพิการ

ชื่อ..... นั้น

ขอทำหนังสือฉบับนี้ไว้เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

๑.ข้าพเจ้าและครอบครัวได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยให้แก่คนพิการตามโครงการฯ ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

๒.ข้าพเจ้าและครอบครัวมีความประสงค์และยินยอมให้มีการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้ตามรายการและระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่กำหนดทุกประการ

๓.เพื่อให้การดำเนินการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยด้วยดี

ข้าพเจ้าและบริวารหรือตัวแทนข้าพเจ้า ชื่อ..... จะอยู่ร่วมมือร่วมแรงและช่วยอำนวยความสะดวกทุกด้านอย่างเต็มกำลังความสามารถแก่คณะทำงานฯ ตลอดระยะเวลาของการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้ โดยไม่เรียกร้องค่าตอบแทนใด ๆ ทั้งสิ้น

๔.ในกรณีที่มิมีสาเหตุสุดวิสัยหรือความเสียหายใด ๆ เกิดขึ้นในระหว่างการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้ โดยที่ข้าพเจ้าหรือตัวแทนของข้าพเจ้าได้รับรู้ด้วยแล้ว ข้าพเจ้าและครอบครัวจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายหรือสิทธิใด ๆ ทั้งสิ้นจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่อย่างใด

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หมายเหตุ แนวนเอกสารประกอบได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของบ้านพักอาศัย และคนพิการในครอบครัว

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ระยะเวลาดำเนินงาน.....วัน (โดยคำนวณจากปริมาณงาน)

ระยะเวลาดำเนินงาน.....วัน (โดยคำนวณจากปริมาณงาน)

แบบสรุปค่าก่อสร้าง

ชื่อโครงการ โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ (ชื่อคนพิการ).....
 สถานที่ก่อสร้าง บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัดนครพนม
 หน่วยงาน.....
 แบบ ปร.๕ (ก) ที่แนบ มีจำนวน.....หน้า
 คำนวณราคา เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ลำดับที่	รายการ	ค่างานต้นทุน (หน่วย : บาท)	Factor F (หน่วย : บาท)	ค่าก่อสร้าง	หมายเหตุ
	เงื่อนไขการใช้ตาราง Factor F				
	เงินล่วงหน้าจ่าย%				
	เงินประกันผลงานหัก%				
	ดอกเบี้ยเงินกู้%				
	ภาษีมูลค่าเพิ่ม%				
รวมราคาก่อสร้าง					
คิดเพียง					

ขนาดหรือพื้นที่ใช้สอย จำนวน..... ตร.ม. เฉลี่ย.....บาท/ตร.ม.

ลงชื่อผู้ประมาณราคา
 (.....)

ตำแหน่ง.....