

**แนวทางการขอความอนุเคราะห์กายอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ
(รถสามล้อโยก, รถเข็นวีลแชร์, ไม้เท้าระอา+ไม้เท้าสามขา , ไม้ค้ำยัน, วอร์คเกอร์)
จากองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา
ให้ดำเนินการดังนี้**

๑. ให้ อปท.(เทศบาล, อบต.) ในท้องถิ่น / อำเภอ เป็นผู้ดำเนินการเรื่อง ขอความอนุเคราะห์รถเข็นวีลแชร์ หรือรถสามล้อโยก สำหรับคนพิการ มายังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา
๒. หนังสือปะหน้า เรียง นายองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา
๓. แบบฟอร์มสำรวจความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฯ ตามรูปแบบขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อของหน่วยงานและผู้ประสานงาน
๔. ภาพถ่ายของคนพิการ ๒ - ๓ รูป วางใส่ A ๔
๕. สำเนาทะเบียนบ้าน , สำเนาบัตรประชาชน , สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมรับรองสำเนาของคนพิการรายดังกล่าว
๖. ส่งเอกสารที่สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา หรือส่งมายัง

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา
องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา
ที่อยู่ อาคาร ๘๐ ปี วัดสุทธจินดารวิหาร
ถนนราชดำเนิน ตำบลในเมือง
อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา
(รหัสไปรษณีย์ ๓๐๐๐๐)

จัดทำโดย...

๑. ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (สำนักงานข้างเทศบาลตำบลหัวทะเล)
ตำบลหัวทะเล อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา
โทรศัพท์ ๐-๔๔๙๒-๕๑๗๕
(เป็นศูนย์ผลิตและซ่อมกายอุปกรณ์สำหรับคนพิการขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา)
๒. ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม
องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา
โทรศัพท์,โทรสาร ๐-๔๔๒๖-๔๘๙๐ , ๐-๔๔๒๔-๖๑๘๘



องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

ลำดับที่.....

กองสวัสดิการสังคม

แบบฟอร์มสำรวจความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

ประจำปี.....

โทรศัพท์/โทรสาร. ๐๔๔-๒๔๖๘๙๐, ๐๔๔-๒๔๖-๑๘๘ หรือ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (ศพพ.) ๐๔๔-๙๒๕-๑๗๕

วันที่ยื่นเอกสาร..... ชื่อ.....สกุล..... ที่อยู่..... วัน/เดือน/ปี เกิด.....อายุ.....ปี เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง ส่วนสูง.....เซนติเมตร น้ำหนัก.....กิโลกรัม โทรศัพท์ติดต่อ (บ้าน หรือมือถือ)..... ลงชื่อผู้ขอ/ลายนิ้วมือ..... (.....)	เฉพาะแพทย์ หรือ PT หรือ OT ผ่านการตรวจประเมินแล้ว โดย แพทย์ชื่อ..... PT ชื่อ..... OT ชื่อ..... สังกัด หน่วยงานใด.....ระดับตราหน่วยงาน..... ลงชื่อ..... (.....)
--	---

อุปกรณ์ที่ต้องการ ไม่เท้า (Cane) รถสามล้อโยก (Rocking the car) รถเข็นวีลแชร์ (Wheelchair) ไม้ค้ำยัน (Crutches)

เคยได้รับความช่วยเหลือ.....จากหน่วยงาน.....

เหตุผลความจำเป็น.....ท่านป่วยเป็นโรค/มีความผิดปกติ.....

เป็นมานาน.....ปี.....เดือน แพทย์ที่ดูแล มี ไม่มี ถ้ามีชื่อ..... สังกัด.....

โปรดวงกลมเลือกแขน ขา ที่ขาดหรือเป็นอัมพาต แขนขวา แขนซ้าย ขาขวา ขาซ้าย

ท่านเคลื่อนย้ายตัวเอง ได้ ไม่ได้ ท่านต้องการใช้อุปกรณ์ที่ขอมาเป็นเวลา.....เดือน.....ปี

ท่านทราบการขอรับความช่วยเหลือจากโครงการได้อย่างไร.....

ท่านสามารถประกอบอาชีพ ได้ ไม่ได้ ถ้าได้ท่านทำอะไร.....ที่ไหน.....

การขึ้นทะเบียนคนพิการ ยังไม่ดีขึ้น ขึ้นทะเบียนหมายเลข.....

ความพิการประเภท.....ระดับความรุนแรง.....

การวัดตัวในท่านั่งสำหรับผู้ขอรถเข็น

A | ความกว้างของที่นั่ง.....นิ้ว

B | ความลึกของที่นั่ง.....นิ้ว

C | ความยาวจากเข่าถึงเท้า.....นิ้ว

หมายเหตุ

๑.การวัด A คือความกว้างระหว่างสะโพกสองข้าง
 B คือความยาวตั้งแต่หัวเข่าถึงกันบก
 C คือความยาวตั้งแต่หัวเข่าถึงปลายเท้า

๒.คนพิการควรแต่งกายและใส่รองเท้าตามปกติ

๓.ใช้สายวัดตัวเท่านั้นและไม่วัดตัวเก้าอี้

รูปถ่ายเต็มตัวขนาด ๔ x ๖ นิ้ว ก่อนรับรถเข็น	ส่งแบบฟอร์มได้ที่ นายกองการบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ที่อยู่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา อาคาร ๘๐ ปี วัดสุทธจินดารวิหาร ถนนราชดำเนิน ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา รหัสไปรษณีย์ ๓๐๐๐๐	เฉพาะกรรมการ RICD Wheelchair Project • ได้รับอุปกรณ์เรียบร้อยแล้วคือ..... • ผู้รับอุปกรณ์อนุญาตให้ถ่ายรูปและนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของโครงการได้ ลงชื่อผู้รับ..... (.....) ลงชื่อผู้ให้..... (.....) วันที่ได้รับ.....
--	--	--

ข้อมูลระดับความสามารถเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน และสภาพบ้าน

๑. ระดับความสามารถเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน

๑.๑ ความสามารถในการเคลื่อนย้ายตนเอง

- ความสามารถพลิกตัวไปมา ไม่ได้ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ได้เองทั้งหมด
- ความสามารถลุกขึ้นนั่งเอง ไม่ได้ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ได้เองทั้งหมด
- ความสามารถเคลื่อนย้ายตนเองจากเตียงไปเก้าอี้/ล้อเข็น ไม่ได้ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ได้เองทั้งหมด
- ความสามารถเคลื่อนย้ายตนเองจากเตียงไปเก้าอี้/ล้อเข็นไปเตียง ไม่ได้ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ได้เองทั้งหมด

๑.๒ ความสามารถในการเคลื่อนย้ายไปยังที่อื่น

- เดิน / รถเข็น (ทำเครื่องหมายถูก/เลือกข้อใดข้อหนึ่ง) ไม่ได้ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ได้เองทั้งหมด
- อื่นๆ..... ไม่ได้ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ได้เองทั้งหมด

๑.๓ ความสามารถในการรับประทานอาหาร

- รับประทานอาหารด้วยช้อน/มือ ไม่ได้ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ได้เองทั้งหมด
- ดื่มน้ำด้วยแก้ว ไม่ได้ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ได้เองทั้งหมด

๑.๔ ความสามารถในการแต่งตัว

- สวมและถอดเสื้อ ไม่ได้ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ได้เองทั้งหมด
- สวมและถอดกางเกง, ผ้าถุง ไม่ได้ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ได้เองทั้งหมด
- สวมและถอดชุดชั้นใน ไม่ได้ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ได้เองทั้งหมด

๑.๕ ความสามารถในการดูแลสุขภาพส่วนตัว

- การอาบน้ำและเช็ดตัวเอง ไม่ได้ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ได้เองทั้งหมด
- การทำความสะอาดหลังขั้วถ่าย ไม่ได้ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ได้เองทั้งหมด
- แปรงฟัน ไม่ได้ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ได้เองทั้งหมด
- แปรงผม/หวีผม ไม่ได้ ได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ได้เองทั้งหมด

๒. สภาพบ้านที่อยู่อาศัย

๒.๑ สภาพบริเวณบ้าน

พื้นเรียบ มีคู - คลอง คั่นน้ำล้อมรอบ อื่นๆ.....

๒.๒ ลักษณะบ้าน

มี..... ชั้น ชั้นบันได..... ชั้น ราวบันได ซ้าย ขวา

๒.๓ ลักษณะพื้นบ้าน

ระดับเดียวกัน ต่างระดับ พื้นกระดาน

๒.๔ ทางเข้าติดต่อกภายในบ้าน

มีประตู กว้าง.....ซม.....เมตร ๑. ธรณีประตู มี ไม่มี ๒. ชั้นบันได มี ไม่มี

๒.๕ ห้องอาบน้ำ

มีประตู กว้าง.....ซม.....เมตร ใช้ฝักบัว ใช้ขันอาบน้ำ ใช้อ่างอาบน้ำ

๒.๖ ห้องส้วม

มีประตู กว้าง.....ซม.....เมตร ชักโครก ส้วมหลุม ส้วมซึม

๑. กองสวัสดิการสังคม / องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา
อาคาร ๘๐ ปี วัดสุทธจินดาวรวิหาร ถนนราชดำเนิน
ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา (๓๐๐๐๐)
โทรศัพท์ ๐-๔๔๒๔-๖๘๙๐ / ๐-๔๔๒๔-๖๑๘๘

๒. ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (ศพพ.)
ของ อบจ.นครราชสีมา โทรศัพท์ ๐-๔๔๙๒-๕๑๗๕