

อบต.คช.เขตหลัก  
เลขรับที่ ๒๙๕  
วันที่ ๒๗ / ๒๕ / ๒๕  
เวลา.....



# ด่วนมาก

ที่ พช ๐๐๐๕/ว๒๒๗๔

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์  
จังหวัดเพชรบูรณ์ ศาลากลางจังหวัด พช ๖๗๐๐๐

๑๙ เมษายน ๒๕๖๔

วิมลพร อิงกร  
- งามใจผดุงคุณ

(นางอภิสร่า ปวงแก้ว)  
หัวหน้าสำนักปลัด

เรื่อง แผนการจัดบริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

เรียน นายกองตรีปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง

ตามประกาศกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เรื่อง กำหนดวิธีการปฏิบัติและแบบเอกสารในการขอรับการสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ประกาศ ณ วันที่ ๑๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๖ ได้กำหนดแนวทางการขอรับการสนับสนุน โดยให้ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ซึ่งได้รับอนุญาตจัดตั้งและใบอนุญาตจัดตั้งไม่หมดอายุ (๔ ปี นับจากวันที่ได้รับอนุญาต) จัดทำแผนการจัดบริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ให้ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดเพชรบูรณ์ รวบรวมและสรุปเสนอคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำจังหวัดเพชรบูรณ์ ให้ความเห็นชอบ และจัดส่งให้กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในพฤษภาคม ๒๕๖๔ เพื่อใช้ประกอบการตั้งกรอบวงเงินขอรับการสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ นั้น

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยศูนย์บริการคนพิการระดับจังหวัดเพชรบูรณ์ ขอความร่วมมือท่านจัดส่งแผนการจัดบริการ ของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ตามแบบสรุปประมาณการค่าใช้จ่ายสำหรับสนับสนุนศูนย์บริการคนพิการทั่วไป (ตามรหัสคิวอาร์ด้านล่าง) ภายในวันที่ ๖ พฤษภาคม ๒๕๖๔ เพื่อจักได้ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวอนิชาภัทร วิบูลย์พานิช)

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบูรณ์

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบูรณ์

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดเพชรบูรณ์

โทร.๐๕๖-๗๒๕๗๔๔ โทรสาร.๐๕๖-๗๒๕๗๔๓

เจ้าหน้าที่ นางสาวกาญจนา จำนงค์บุญ นักสังคมสงเคราะห์



**แนวทางการดำเนินงานโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ**  
**โดย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์**

การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการโดยการเพิ่มเติม ปรับปรุง เปลี่ยนแปลงหรือดัดแปลงที่อยู่อาศัยบางส่วนหรือทั้งหมด โดยอาศัยการออกแบบ การซ่อมแซม การก่อสร้าง การใช้เทคโนโลยี หรือวิธีการอื่นใด เพื่อขจัดอุปสรรคหรือจัดให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตในที่อยู่อาศัยนั้นได้ โดยสะดวกและเหมาะสมกับสภาพความพิการ รวมถึงเพื่อความปลอดภัยและสุขอนามัย โดยคนพิการในเขตกรุงเทพมหานคร ให้ยื่นคำขอต่อศูนย์บริการคนพิการกรุงเทพมหานคร กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ หรือในจังหวัดอื่นที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หรือหน่วยงานในพื้นที่ตามที่ผู้ว่าราชการจังหวัดกำหนด

**คุณสมบัติของคนพิการ**

๑. มีบัตรประจำตัวคนพิการ
๒. อาศัยอยู่ในที่อยู่อาศัยนั้นติดต่อกันมาแล้วไม่น้อยกว่าหกเดือน ยกเว้นกรณีการย้ายเข้ามาอยู่ใหม่ภายหลังเกิดความพิการ
๓. ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคงหรือไม่เหมาะสมกับสภาพความพิการ
๔. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ
๕. ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐอื่นหรือได้รับแต่ไม่เพียงพอ

ในกรณีคนพิการไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัยแห่งนั้นต้องมีหลักฐานการให้ความยินยอมจากเจ้าของหรือผู้ได้รับอำนาจจากเจ้าของ เพื่อให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยได้และในกรณีเป็นบ้านเช่าจะต้องมีหลักฐานแสดงว่าคนพิการอยู่อาศัยได้ไม่น้อยกว่าหกเดือน

การพิจารณาให้คนพิการ ได้รับสิทธิการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ให้คำนึงถึงสภาพความยากลำบาก ความมั่นคงปลอดภัย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดำรงชีวิตและสิทธิของคนพิการ จะเข้าถึงและการใช้ประโยชน์จากที่อยู่อาศัยดังกล่าว ทั้งนี้โดยคำนึงถึงฐานะและความยากจนของคนพิการ โดยมีรายได้ไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐.- บาทต่อปี เป็นสำคัญ

**กรุงเทพมหานคร**

- การขับเคลื่อนโดยมีคณะทำงานดำเนินงานปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เพื่อพิจารณาคำขอรับการปรับสภาพที่อยู่อาศัยของคนพิการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ทั้ง ๕๐ เขต ซึ่งมีศูนย์บริการคนพิการกรุงเทพมหานคร และศูนย์บริการคนพิการกรุงเทพมหานคร ทั้ง ๔ สาขา ได้แก่ สาขามีนบุรี สาขาอ้อมน้อย สาขาสายไหม และสาขาลาดกระบัง รวมทั้งหน่วยงานหรือองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง เป็นผู้รับคำขอและสอบข้อเท็จจริงเบื้องต้น

**ส่วนภูมิภาค**

๑. พิจารณาคัดเลือกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีความประสงค์และมีความพร้อมในการดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ

๒. ประกาศให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามข้อ ๑ เป็นหน่วยบริการในพื้นที่ โดยอาศัยอำนาจผู้ว่าราชการจังหวัดประกาศกำหนด

๓. ประสานให้หน่วยบริการในพื้นที่ ดำเนินการพิจารณาคำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ ตามระเบียบฯและแจ้งผลการพิจารณาคนพิการที่สมควรได้รับสิทธิการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ ให้จังหวัดพร้อมหลักฐานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- คำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
- หนังสือให้ความยินยอม ฯ จำนวน ๑ ชุด

/แบบรายงาน...

- แบบรายงานการสอบสภาพครอบครัวคนพิการ จำนวน ๑ ชุด
- แบบประมาณการค่าใช้จ่าย จำนวน ๑ ชุด
- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๑ ชุด
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ถ้ามี) จำนวน ๑ ชุด
- ภาพถ่ายสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของคนพิการ (ก่อนและหลัง) พร้อมแผ่น CD

จำนวน ๑ ชุด

๔. ดำเนินการเยี่ยมบ้านและสอบข้อเท็จจริงคนพิการที่สมควรได้รับสิทธิ ตามข้อ ๓ เพิ่มเติมร่วมกับเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๕. เสนอรายชื่อคนพิการที่สมควรได้รับสิทธิปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้คณะกรรมการดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการจังหวัด หรือคณะกรรมการอื่นที่จังหวัดแต่งตั้ง และเสนอต่อคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำจังหวัดเพื่อทราบ

๖. แจ้งผลการพิจารณาอนุมัติให้หน่วยบริการในพื้นที่ และดำเนินการเบิกจ่ายงบประมาณให้หน่วยบริการในพื้นที่เพื่อดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ

๗. หน่วยบริการในพื้นที่ดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการตามระเบียบฯ และรายงานผลการดำเนินงานปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการต่อจังหวัด

๘. อปท. รายงานผลการปรับสภาพบ้านให้ พมจ. ทราบ พร้อมทั้งส่งมอบผลงานในนามของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ให้แก่คนพิการ

๙. จังหวัดรายงานผลการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้ พก. ทราบ ตามแบบรายงานผลการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการประจำปีงบประมาณ ใบเสร็จรับเงินของหน่วยจัดบริการในพื้นที่ พร้อมภาพถ่ายสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของคนพิการก่อนและหลังการดำเนินงานฯ พร้อมแผ่น CD จำนวน ๑ ชุดโดยทันที หลังเสร็จสิ้นการดำเนินการแล้ว

๑๐. พมจ. นำผลการดำเนินงานการปรับสภาพบ้านคนพิการ เสนอคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำจังหวัด เพื่อรายงานผลการดำเนินงานในภาพรวมของจังหวัด

๑๑. การปรับอัตราค่าใช้จ่ายในการดำเนินโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการให้เหมาะสมและปลอดภัย รวมทั้งค่าบริการจัดการ และค่าตอบแทนในอัตราเหมาจ่ายหลังละไม่เกิน ๔๐,๐๐๐.- บาท ตามรายการค่าใช้จ่ายดังนี้

- ห้องน้ำและห้องอาบน้ำ เช่น ติดตั้งราวจับอุปกรณ์พยุงตัว วัสดุปูพื้นและปรับระดับพื้นเรียบ ไม่ลื่น ปรับเปลี่ยนสุขภัณฑ์และอุปกรณ์ที่ถูกสุขอนามัย ปรับแสงสว่างและการระบายอากาศ และระบายน้ำที่ดี

- บันได ติดตั้งราวจับพยุงตัวที่แข็งแรง ราวกันตก จมูกกันลื่น ขยายชั้นลูกนอน และปรับลดระยะขั้นลูกตั้งไม่ให้ชันและตั้งเกินไป และปรับชานพัก

- ทางเดินภายในบ้าน ห้องนอน เตียงนอน พื้นที่พักผ่อน ห้องครัว ห้องอาหารภายในอาคารโดยติดตั้งราวจับอุปกรณ์พยุงตัวที่แข็งแรงในพื้นที่ที่ใช้งานบ่อย วัสดุปูพื้นและปรับระดับพื้นเรียบไม่ลื่น แสงสว่างและการระบายอากาศ การจัดเก็บสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ ให้เข้าที่ และติดตั้งผลิตภัณฑ์และสิ่งอำนวยความสะดวก มือจับ เติงที่ห้อยขาลุกได้เอง

- หลังคา ชานบ้าน สวน ทางเดินรอบบ้าน ภายนอกบ้าน เช่น ปรับปรุงทางเดิน ทางลาด ราวจับเดิน และที่จอดรถ

- รายละเอียดอื่นๆ เพื่อให้ที่อยู่อาศัยมีความมั่นคงแข็งแรงและปลอดภัย

คำขอให้มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ

๑. ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....  
 เลขที่บัตรประจำตัวคนพิการ.....ประเภทความพิการ.....  
 อายุ.....ปี อาชีพ.....  
 รายได้.....บาทต่อเดือน/ปี
๒. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
 โทรศัพท์.....

๓. สมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย

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

๔. ลักษณะที่อยู่อาศัย

- ของตนเอง  อาศัยผู้อื่นอยู่ ระบุ.....

สภาพที่อยู่อาศัยและความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง

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

๕. ลักษณะการครอบครองที่ดิน  ที่ดินของตนเอง  ที่ดินเช่าจาก (ระบุ).....

อื่นๆ(ระบุ).....

๖. ความคิดเห็นเจ้าหน้าที่

- เห็นควรให้ความช่วยเหลือ.....  
 เห็นควรให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เนื่องจาก.....

ลงชื่อผู้สอบข้อเท็จจริง.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

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

หนังสือให้ความยินยอมในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เป็น ( ) เจ้าของบ้าน

หรือ ( ) สมาชิกในครอบครัวที่ได้มอบหมายจากเจ้าของบ้านพักอาศัยเลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

( ) สามี ( ) ภรรยา ( ) บุตร ( ) หลาน ( ) อื่นๆ (ระบุ).....ของคนพิการ ชื่อ

.....นั้น

ขอทำหนังสือฉบับนี้ไว้เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

๑. ข้าพเจ้าและครอบครัวได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยให้แก่คนพิการตามโครงการฯ ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

๒. ข้าพเจ้าและครอบครัวที่มีความประสงค์และยินยอมให้มีการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้ตามรายการและระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่กำหนดทุกประการ

๓. เพื่อให้การดำเนินการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยด้วยดี ข้าพเจ้าและบริวารหรือตัวแทนของข้าพเจ้า ชื่อ..... (ตัวแทนของผู้ให้ความยินยอม) จะอยู่ร่วมมือร่วมแรงและช่วยอำนวยความสะดวกทุกด้านอย่างเต็มกำลังความสามารถแก่คณะทำงานฯ ตลอดระยะเวลาของการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้ โดยไม่เรียกร้องค่าตอบแทนใดๆทั้งสิ้น

๔. ในกรณีที่มิมีสาเหตุสุดวิสัยหรือความเสียหายใดๆเกิดขึ้นในระหว่างการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้โดยที่ข้าพเจ้าหรือตัวแทนของข้าพเจ้าได้รับรู้ด้วยแล้ว ข้าพเจ้าและครอบครัวจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายและสิทธิใดๆทั้งสิ้นจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่อย่างใด

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หมายเหตุ แนวนเอกสารประกอบได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของบ้านพักอาศัยและคนพิการในครอบครัว

**แบบประมาณการค่าใช้จ่าย**

แบบประเมินการค่าซ่อมแซม/ปรับปรุง.....

ชื่อเจ้าบ้าน.....โดยมีคนพิการขอรับการซ่อมแซม/ปรับปรุง ชื่อ.....

สถานที่ดำเนินงานบ้านเลขที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ผู้ประมาณการชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ค่าวัสดุ		หมายเหตุ
				หน่วยละ (บาท)	รวม (บาท)	

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ระยะเวลาดำเนินงาน.....วัน (โดยคำนวณจากปริมาณงาน)

(.....)

ผู้ประมาณการ

แบบรายงานการสอบสภาพครอบครัวคนพิการที่สมควรได้รับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

จังหวัด.....

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ-นามสกุล..... บ้านเลขที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....

2. เพศ  ชาย  หญิง

3. อายุ (เต็ม) .....ปี

4. สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า  แยกกันอยู่

5. คู่สมรส เป็นคนพิการหรือไม่

ไม่เป็น  เป็น โปรดระบุประเภทความพิการ.....

6. จำนวนบุตร

ไม่มี  มีบุตร จำนวน.....คน เป็นชาย.....คน หญิง.....คน

7. สมาชิกในครอบครัวที่พักอาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบัน (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

อยู่คนเดียว  คู่สมรส  ลูก/หลาน ญาติ

เพื่อน  ผู้ดูแล  อื่นๆ.....

รวมทั้งสิ้น.....คน

8. ประเภทของความพิการ

- ความพิการทางการเห็น  
 ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย  
 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย  
 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หรือออทิสติก  
 ความพิการทางสติปัญญา  
 ความพิการทางการเรียนรู้

9. มีลักษณะความพิการอื่นๆ หรือไม่

ไม่มี  มี โปรดระบุ.....

10. ท่านเป็นสมาชิกองค์กรคนพิการหรือไม่

ไม่เป็น  เป็น โปรดระบุชื่อองค์กร.....

11. ท่านมีเอกสารสำคัญต่อไปนี้หรือไม่

11.1 ชื่อในทะเบียนบ้าน  ไม่มี

11.2 บัตรประชาชน  ไม่มี  มี ระบุเลขรหัสประจำตัวประชาชน.....

11.3 สมุดหรือประจำตัวคนพิการ  ไม่มี

12. ลักษณะสุขภาพโดยรวม

- แข็งแรงมาก ช่วยเหลือตัวเองได้  
 ไม่ค่อยแข็งแรง ต้องการการดูแลบ้าง  
 ไม่แข็งแรง ต้องการการดูแลเป็นส่วนใหญ่  
 อ่อนแอ ต้องการการดูแลตลอดเวลา

13. โรคประจำตัว

ไม่มี  มี โปรดระบุ.....

14. การนับถือศาสนา  พุทธ  คริสต์  อิสลาม  อื่นๆ (ระบุ).....

15. ระดับการศึกษาสูงสุด  กำลังศึกษาอยู่ในระดับ โป้ตรระบุ.....  
 ประถมศึกษา (ระบุ).....  
 มัธยมศึกษา (ระบุ).....  
 อุดมศึกษา (ระบุ).....  
 ประกาศนียบัตรวิชาชีพ ( ปวช.)  
 ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ( ปวส.)  
 ไม่ได้เรียน  
 อ่านและเขียนหนังสือได้  อ่านได้ แต่เขียนเขียนหนังสือไม่ได้  
 อ่านและเขียนเขียนหนังสือไม่ได้

16. ปัจจุบัน ท่านประกอบอาชีพหรือไม่

- ไม่ได้ประกอบอาชีพ  ประกอบอาชีพ

17. กรณี ประกอบอาชีพท่านประกอบอาชีพใด (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ขายสลากกินแบ่งรัฐบาล  นวดแผนโบราณ  พยากรณ์ชะตาชีวิต  
 เล่นดนตรี  พนักงานสลับสายโทรศัพท์  เกษตรกรรม  
 หัตถกรรม  ครู / อาจารย์  ข้าราชการหรือลูกจ้างหน่วยราชการ  
 รับจ้าง  พนักงานหรือลูกจ้างหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ  
 พนักงานหรือลูกจ้างบริษัทห้างร้านหรือองค์กร เอกชน  เกษียณ อายุแล้ว  
 อื่นๆ โป้ตรระบุ.....

18. รายได้ต่อเดือน

- ไม่มีรายได้  เบี้ยยังชีพคนพิการเดือนละ.....บาท

(เลือกได้มากกว่า 1 รายการ)

- เงินบำนาญ เดือนละ.....บาท  งานอดิเรกเดือนละ.....บาท  
 ลูก/หลาน/บิดา/มารดา/ญาติให้เดือนละ.....บาท  
 การทำงานเดือนละ.....บาท  
 คู่สมรสเดือนละ.....บาท

19. รายจ่ายต่อเดือน (เลือกได้มากกว่า 1 รายการ)

- ไม่มีรายจ่าย  ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เดือนละ.....บาท  
 ค่าใช้จ่ายสำหรับที่อยู่อาศัยเดือนละ.....บาท  ค่าใช้จ่ายทั่วไปและอาหารเดือนละ.....บาท  
 ค่าใช้จ่ายในการทำบุญ เดือนละ.....บาท  ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เดือนละ.....บาท

20. ผู้ดูแล (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- คู่สมรส  บุตร/หลาน  ญาติพี่น้อง  ว่าจ้างผู้ดูแล  
 เพื่อน/เพื่อนบ้าน  อปพร.  อื่นๆ (ระบุ).....

21. ท่านต้องใช้อุปกรณ์ช่วย หรือไม่

- ไม่ใช่  
 ใช้อุปกรณ์ คือ  
 ไม่เท้าขาว  แขน ขาเทียม  รถเข็น  รถสามล้อโยก  
 walker  สเลด (อุปกรณ์ในการเขียนอักษรเบรลล์)  เครื่องช่วยฟัง  
 หมุดไม้ (สำหรับสัมผัสจุดซึ่งเป็นลักษณะของอักษรเบรลล์)  อื่นๆ (ระบุ) .....

## ตอนที่ 2 ข้อมูลการอยู่อาศัย

22. ลักษณะของที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน

- บ้านเดี่ยว  บ้านไม้ยกพื้น  บ้านสองชั้น/ครึ่งตึกครึ่งไม้  
 ทาวน์เฮ้าส์  ตึกแถว  ห้องแถว  
 บ้านแฝด  อพาร์ทเมนต์  อื่นๆ .....

พื้นที่.....ตารางวา



23. ท่านอยู่อาศัย ณ ที่อยู่ปัจจุบันมาเป็นระยะเวลา ..... ปี
24. ลักษณะการครอบครองที่อยู่อาศัย
- เป็นเจ้าของกรรมสิทธิ์เอง  เช่าระยะยาว (เช่า).....ปี
- เช่ารายเดือน เดือนละ ..... บาท โดยมีผู้ที่เสียค่าเช่าคือ
- ท่านจ่ายเอง  คู่สมรส  บุตร/หลาน  บิดา/มารดา
- ญาติ  นายจ้าง  อื่นๆ (ระบุ) .....
- ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับคู่สมรส  ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับลูก/หลาน
- ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับบิดา/มารดา  ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับผู้ดูแล
- ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับนายจ้าง  เป็นที่สาธารณะ
25. การอยู่บ้านของท่านในช่วงเวลากลางวัน 8.00 – 16.00 น. ในวันธรรมดา (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
- อยู่คนเดียว  อยู่กับคู่สมรส  อยู่กับบิดา/มารดา
- อยู่กับลูก/หลาน จำนวน ..... คน  อยู่กับญาติ จำนวน ..... คน
- อยู่กับผู้ดูแล จำนวน ..... คน  อยู่กับนายจ้าง จำนวน ..... คน
26. การอยู่บ้านของท่านในช่วงเวลากลางวัน 8.00 – 16.00 น. ในวันหยุด (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
- อยู่คนเดียว  อยู่กับคู่สมรส  อยู่กับบิดา/มารดา
- อยู่กับลูก/หลาน จำนวน ..... คน  อยู่กับญาติ จำนวน ..... คน
- อยู่กับผู้ดูแล จำนวน ..... คน  อยู่กับนายจ้าง จำนวน ..... คน

**ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน**

27. กรณีที่ท่านมีบ้าน 2 ชั้น หรือบ้านไม้ยกพื้น ท่านได้ใช้พื้นที่ใต้ถุนบ้านหรือไม่
- ไม่ใช่
- ใช่ (กิจกรรมที่ทำโปรดเลือกตอบในข้อ 29)
28. กรณีที่ท่านมีบ้าน 2 ชั้น หรือบ้านไม้ยกพื้น ท่านได้ใช้บันไดในการขึ้น - ลงหรือไม่
- ไม่ใช่
- ใช้บันไดในการขึ้น - ลง โดยมีความถี่
- นานๆ ครั้ง (เดือนละ 1 - 2 ครั้ง)  1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์  3 - 4 ครั้ง/สัปดาห์
- 1 - 2 ครั้ง/วัน  3 - 4 ครั้ง/วัน  มากกว่า 4 ครั้ง/วัน

29. ภายในบ้านพักอาศัยของท่าน ท่านทำกิจกรรมใดบ้าง และมีความถี่ของกิจกรรมในระดับใด

กิจกรรม	ความถี่ (ครั้ง/สัปดาห์)			ทุกวัน	ระบุสถานที่	ระบุกิจกรรม
	1 - 2	3 - 4	5 - 6			
กิจกรรมการทำงาน/อื่นๆ						
<input type="checkbox"/> 1. ทำงาน						
<input type="checkbox"/> 2. ประกอบอาหาร						-----
<input type="checkbox"/> 3. ดูแลหลาน						-----
<input type="checkbox"/> 4. ดูโทรทัศน์/วิดีโอ/ทีวีดี						-----
<input type="checkbox"/> 5. ฟังวิทยุ/ฟังเพลง/ ฟังข่าว						-----
<input type="checkbox"/> 6. นอนกลางวัน						-----
<input type="checkbox"/> 7. นั่งพักผ่อน - ชมวิว						-----
<input type="checkbox"/> 8. อ่านหนังสือ						-----
<input type="checkbox"/> 9. ทำงานบ้าน						ซักผ้า ทำความสะอาดบ้าน
<input type="checkbox"/> 10. ออกกำลังกาย						
<input type="checkbox"/> 11. งานอดิเรก						
กิจกรรมเยี่ยมเยือน/รับแขก						
<input type="checkbox"/> 1. เพื่อนบ้านมาเยี่ยม						<input type="checkbox"/> ไม่มี/ไม่ต้อนรับแขกในบ้าน
<input type="checkbox"/> 2. ลูก/หลาน/ญาติ มาเยี่ยม						<input type="checkbox"/> ไม่มี/ไม่ต้อนรับแขกในบ้าน
<input type="checkbox"/> 3. อสม. พยาบาล มาเยี่ยม						<input type="checkbox"/> ไม่มี/ไม่ต้อนรับแขกในบ้าน

30. ภายนอกตัวบ้าน (แต่ยังอยู่ในบริเวณที่ดินที่ครอบครอง) ของท่าน ท่านทำกิจกรรมใดบ้าง และมีความถี่ของกิจกรรมในระดับใด

กิจกรรม	ความถี่ (ครั้ง/สัปดาห์)			ทุกวัน	ระบุสถานที่	ระบุกิจกรรม
	1 - 2	3 - 4	5 - 6			
<input type="checkbox"/> 1. ทำงาน						
<input type="checkbox"/> 2. นั่งพักผ่อน - ชมวิว						-----
<input type="checkbox"/> 3. อ่านหนังสือ						-----
<input type="checkbox"/> 4. พูดคุยกับเพื่อนบ้าน						-----
<input type="checkbox"/> 5. ทำงานบ้าน						ซักผ้า ทำความสะอาดบ้าน
<input type="checkbox"/> 6. ออกกำลังกาย						
<input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ .....						

31. มีกิจกรรมที่ท่านต้องพึ่งพาเพื่อนบ้านหรือไม่

ไม่มี

มี โปรดระบุกิจกรรม

ซื้ออาหาร/สิ่งของ

ชำระค่าเช่า/ค่าสาธารณูปโภค เช่น ค่าน้ำ ค่าไฟ

พาไปหาหมอ

อื่นๆ (ระบุ) .....

32. การดูแลร่างกายของท่าน (เลือกตอบได้หลายข้อ)

การบ้วนปาก วันละ ..... ครั้ง

การแปรงฟัน วันละ ..... ครั้ง

การอาบน้ำ วันละ ..... ครั้ง

การสระผม สัปดาห์ละ ..... ครั้ง

การเปลี่ยนเสื้อผ้า วันละ ..... ครั้ง

การตรวจสุขภาพประจำปี ปีละ ..... ครั้ง

33. ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านได้รับบาดเจ็บจากสาเหตุต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

หกล้ม จำนวน.....ครั้ง/ปี

ตกบันได จำนวน.....ครั้ง/ปี

กรณีที่เคยหกล้ม/หรือตกบันได สาเหตุเกิดจาก

สะดุดสิ่งของที่วางเกะกะ

ลื่นจากพื้นที่เปียก แฉะ

แขนขาอ่อนแรงไปเรื่อยๆ

หน้ามืด / เวียนศีรษะ / เป็นลม

พื้นผิวมีลักษณะขรุขระไม่เรียบหรือมีขอบสูงทำให้สะดุด

บริเวณที่เกิดเหตุมืด / ไม่สว่าง / ไม่มีไฟ

สัตว์เลี้ยง เช่น แมว / สุนัขวิ่งชนหรือขวางทางเดิน

อื่น ๆ (ระบุ).....

จากยานพาหนะจำนวน.....ครั้ง/ปี

รถยนต์จำนวน.....ครั้ง/ปี

จักรยานจำนวน.....ครั้ง/ปี

จักรยานยนต์จำนวน.....ครั้ง/ปี

พาหนะอื่น ๆ .....จำนวน.....ครั้ง/ปี

กินยาผิดจำนวน.....ครั้ง/ปี

ของมีคมบาดจำนวน.....ครั้ง/ปี

ไม่เคยได้รับบาดเจ็บเลย

34. สถานที่ที่ทำให้ท่านได้รับอุบัติเหตุ / หกล้ม / ตกบันได

ไม่เคยได้รับบาดเจ็บเลย

ได้รับบาดเจ็บในบ้าน

ห้องน้ำ / ห้องอาบน้ำ จำนวน ..... ครั้ง  ห้องครัว จำนวน ..... ครั้ง

ห้องนั่งเล่น จำนวน ..... ครั้ง  ห้องนอน จำนวน ..... ครั้ง

ซานบ้าน/ระเบียงบ้าน จำนวน ..... ครั้ง  บันได จำนวน ..... ครั้ง

ใต้ถุนบ้าน จำนวน ..... ครั้ง  อื่นๆ (ระบุ).....

ได้รับบาดเจ็บภายนอกบ้าน

ทางเดินเข้าบ้าน จำนวน ..... ครั้ง  โรงจอดรถ จำนวน ..... ครั้ง

บริเวณสนาม ส่วนที่พักผ่อน เช่น สวนปลูกต้นไม้ จำนวน ..... ครั้ง

สถานที่อื่นๆ ที่ไม่ใช่บ้าน (ระบุเช่น ถนน ลานวัด).....

35. ท่านเลี้ยงสัตว์หรือไม่

ไม่เลี้ยง

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

36. ท่านปลูกพืช / ดูแลสวน / ต้นไม้ในบริเวณบ้านหรือที่พำนักอาศัยของท่านหรือไม่

ไม่ทำ

ทำ บริเวณ .....

ตอนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการอยู่อาศัยในปัจจุบัน

37. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับลักษณะทางเดินภายในบ้าน

เหมาะสมแล้ว

ควรปรับปรุง (ระบุ) .....

38. สภาพปัจจุบันมีการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง การจัดส่วนพื้นที่ใช้สอยใหม่หรือไม่ (สังเกต + สัมภาษณ์)

ไม่มี เพราะ .....

มี สาเหตุของการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลงคือ

ภาวะทางสุขภาพ (ความพิการ)  ต้องการความเป็นส่วนตัว

อื่นๆ (ระบุ) .....

39. สภาพปัจจุบันมีการต่อเติมชั้นลอย/เพิ่มพื้นที่ใช้สอยหรือไม่ (สังเกต + สัมภาษณ์)

ไม่มี

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

40. วัสดุปูพื้นของพื้นที่ต่อไปนี้

พื้นที่	ไม่มีพื้นที่นี้	วัสดุปูพื้น					
		ปูน (วัสดุเดิม)	ไม้	เสื่อน้ำมัน	กระเบื้อง/โมเสก	กระเบื้องยาง	อื่นๆ (ระบุ) .....
1 ห้องนอน							
2 ห้องนั่งเล่น							
3 ห้องครัว							
4 ชานบ้าน/ระเบียง							
5 ห้องน้ำ							
6 โรงจอดรถ							

41. สภาพปัจจุบันมีการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง อุปกรณ์ประกอบอาคารหรือไม่

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

42. ขนาดของบ้านของท่านเป็นอย่างไร

- ขนาดกว้างใหญ่เกินไป  ขนาดพอดี  ขนาดคับแคบเกินไป

43. ในบ้านของท่านได้รับแสงสว่างธรรมชาติเพียงพอหรือไม่ อย่างไร

- แสงสว่างมากเกินไป  แสงสว่างพอดี  แสงสว่างไม่เพียงพอ

44. ในบ้านของท่านมีการระบายอากาศดีหรือไม่ อย่างไร

- ระบายอากาศดี  ระบายอากาศไม่ดี

45. ในบ้านของท่านมีกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่ อย่างไร

- ไม่มีกลิ่น
- มีกลิ่น
- กลิ่นอับ  กลิ่นห้องน้ำ  กลิ่นขยะ  อื่นๆ (ระบุ) .....

46. ในบ้านของท่านมีเสียงรบกวนหรือไม่ อย่างไร

- ไม่มีเสียงรบกวน
- มีเสียงรบกวน
- เสียงเครื่องบิน  เสียงเพื่อนบ้าน  อื่นๆ (ระบุ) .....

47. ในบ้านของท่านมีบันไดขึ้น-ลงสะดวกหรือไม่ อย่างไร

- ไม่มีบันได  มีบันไดขึ้น-ลงสะดวก
- มีบันไดขึ้น-ลงไม่สะดวก
- บันไดมีขนาดเล็ก  บันไดแต่ละชั้นมีความสูงมากเกินไป  บันไดมีช่องเปิดโล่ง
  - บันไดลาดชัน  ไม่มีราวจับบันได  อื่นๆ (ระบุ) .....

48. พื้นที่ใช้สอยในบ้านของท่านมีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร

มีความเหมาะสม

ไม่มีความเหมาะสม ในพื้นที่ (โปรดระบุสาเหตุ)

ห้องนอน เพราะ .....

ห้องครัว เพราะ .....

ห้องน้ำ เพราะ .....

ทางเดิน เพราะ .....

อื่นๆ (ระบุ)..... เพราะ.....

ห้องนั่งเล่น เพราะ .....

ซานบ้าน/ระเบียง เพราะ .....

โรงจอดรถ เพราะ .....

พื้นที่รอบบ้าน เพราะ .....

49. พื้นที่ภายนอกบ้านควรมีการปรับปรุงหรือไม่ อย่างไร

ไม่ต้องปรับปรุงใด ๆ

เพิ่มหลังคาคลุมกันแดดและฝนตามทางเดิน

เพิ่มไม้ประดับที่ให้ความสวยงาม

ควรปรับปรุงทางเดินให้มีความสะดวกและสวยงาม

เพิ่มต้นไม้ที่ให้ร่มเงา

มีแปลงปลูกต้นไม้/ผักสวนครัว

50. ท่านพบปัญหาในเขตบ้านของท่านหรือไม่ อย่างไร

ไม่พบปัญหา

พบปัญหา

น้ำท่วมขัง

ยุง

อื่นๆ (ระบุ) .....

(ลงชื่อ).....ผู้สอบข้อเท็จจริง

(.....)

วันที่.....

ภาพถ่ายสภาพที่อยู่อาศัยภายในและภายนอกบ้าน

## ประกาศกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เรื่อง อัตราวางเงินและรายการค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ

ด้วยคณะอนุกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการให้แก่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการได้มีมติในคราวประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๒ และการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ เห็นชอบเกี่ยวกับอัตราวางเงิน และรายการค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ เพื่อให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตได้โดยสะดวกและเหมาะสมกับสภาพความพิการ รวมถึง เพื่อความปลอดภัยและสุขอนามัย

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๒ วรรคสอง ของระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ การมีผู้ช่วยคนพิการ การช่วยเหลือคนพิการที่ไม่มีผู้ดูแล และสิทธิของผู้ดูแลคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม อธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ โดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง จึงออกประกาศกำหนดอัตราวางเงินและรายการค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เรื่อง อัตราวางเงินและรายการค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ”

ข้อ ๒ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนด ๓๐ วัน นับแต่วันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ เรื่อง อัตราวางเงินและรายการค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ ลงวันที่ ๑๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๓

ข้อ ๔ อัตราวางเงินในการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ รวมทั้งค่าบริหารจัดการ และค่าตอบแทนในอัตราเหมาจ่ายหลังละไม่เกินสี่หมื่นบาท

ข้อ ๕ รายการค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ ให้เป็นไปตามประกาศคณะอนุกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการให้แก่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการ เรื่อง ประเภทและรายละเอียดของการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ

ข้อ ๖ การพิจารณาอนุมัติและการเบิกจ่ายให้เป็นไปตามขั้นตอนและระเบียบของทางราชการ

ประกาศ ณ วันที่ ๗ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๔

สรณัญภัทร อนุมัติราชกิจ

อธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ