



**ระเบียบคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี
ว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน
สำหรับผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ พ.ศ. ๒๕๖๘**

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไข การจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความข้อ ๑๕ (๓) ของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๕ ประกอบกับมติของคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดลพบุรี ในการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๖๘ วันที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๘ คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรีจึงได้ออกระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี ว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับ ตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก ระเบียบคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน สำหรับผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ พ.ศ. ๒๕๖๗ ลงวันที่ ๓๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๔ การจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน หมายความว่า การต่อเติม ปรับปรุง เปลี่ยนแปลง หรือดัดแปลงที่อยู่อาศัยบางส่วน หรือทั้งหมด โดยอาศัยการออกแบบ การซ่อมแซม การก่อสร้าง การใช้เทคโนโลยีหรือวิธีการอื่นใด เพื่อขจัดอุปสรรคหรือจัดให้ผู้มีสิทธิได้รับการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน สามารถดำรงชีวิตในที่อยู่อาศัยนั้นได้โดยสะดวกและเหมาะสมกับสภาพความพิการ รวมถึงเพื่อความปลอดภัยและสุขอนามัย

ข้อ ๕ วัตถุประสงค์ในการสนับสนุนการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน เพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐานสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น ดังนี้

(๑) เพื่อป้องกันและลดโอกาสในการเกิดอุบัติเหตุจากการเคลื่อนที่ทั้งในบ้านและนอกบ้านและจากการใช้งานพื้นที่ส่วนต่างๆภายในบ้าน เช่น ตกบันได หกล้ม สลื่นล้มในห้องน้ำ เป็นต้น

(๒) เพื่อฟื้นฟู...

(๒) เพื่อฟื้นฟูสมรรถนะทางด้านร่างกายที่ดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การอาบน้ำ การแต่งตัว โดยเป็นการปรับสภาพบ้าน เพื่อช่วยให้การทำกิจกรรมดังกล่าวสะดวกสบายขึ้น

(๓) เพื่อลดภาระของคนในครอบครัวหรือผู้ดูแล ทำให้ใช้แรงและเวลาในการดูแลคนพิการน้อยลง ลดความเครียด และได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

(๔) การปรับปรุงบ้านให้อยู่ในสภาพที่เหมาะสมแก่การอยู่อาศัย และมีสุขลักษณะที่ดี มีความมั่นคงแข็งแรง ปลอดภัย และเหมาะสมแก่การใช้งาน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยรวมของคนในบ้าน

ข้อ ๖ ผู้มีสิทธิได้รับการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน ต้องอยู่ภายใต้หลักเกณฑ์ ดังนี้

(๑) กรณีผู้มีสิทธิได้รับการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐานเป็นคนพิการ ต้องมีบัตรประจำตัวคนพิการ

(๒) กรณีผู้มีสิทธิได้รับการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐานเป็นผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลง ต้องมีผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Bathel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่าสิบเอ็ดคะแนน หรือใบรับรองแพทย์ที่แสดงให้เห็นถึงความบกพร่องในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

(๓) เป็นผู้ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเขตจังหวัดลพบุรีตามกฎหมายว่าด้วยการทะเบียนราษฎร กรณีมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านนอกเขตจังหวัดลพบุรี ให้ผู้นำชุมชนเป็นผู้รับรองการอยู่อาศัยในเขตจังหวัดลพบุรี

(๔) ไม่ได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นใดของรัฐ หรือได้รับแต่ไม่เพียงพอ ทั้งนี้ หากเคยได้รับการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน หรือ การปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยจากหน่วยงานอื่นใดมาแล้ว ต้องไม่ซ้ำซ้อนกับการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐานในครั้งนี้

(๕) ที่อยู่อาศัย ไม่มั่นคง ไม่เหมาะสม หรือไม่ปลอดภัย กับสภาพของความพิการ หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ

(๖) อาศัยอยู่ในที่อยู่อาศัยนั้นติดต่อกันมาแล้วไม่น้อยกว่า ๖ เดือน ยกเว้นกรณีย้ายเข้ามาอยู่ใหม่ภายหลังเกิดความพิการ

(๗) กรณีผู้มีสิทธิได้รับการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน หรือทายาท ไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัยหรือที่ดินแห่งนั้น ต้องอาศัยอยู่จริงไม่น้อยกว่า ๑ ปี และมีหลักฐานการให้ความยินยอมจากผู้ถือกรรมสิทธิ์หรือผู้ได้รับอำนาจจากผู้ถือกรรมสิทธิ์ว่าให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยได้

ข้อ ๗ หลักฐานประกอบการพิจารณาในการสนับสนุนการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย

(๑) โครงการการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน จากหน่วยงานที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย

(๒) สำเนาแต่งตั้งคณะกรรมการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน จากหน่วยงานที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย

(๓) สำเนารายงานการประชุมคณะกรรมการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน

(๔) แบบคำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ และผู้สูงอายุ

(๕) แบบประเมินการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ และผู้สูงอายุ

(๖) สำเนาบัตร...

(๖) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ (ถ้ามี)
(๗) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิได้รับการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน
(๘) ภาพถ่ายสภาพบ้าน หรือบริเวณที่จะดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย
(๙) แบบประมาณการค่าใช้จ่าย (แบบประมาณการค่าใช้จ่ายงานปรับปรุงซ่อมแซม/
งานก่อสร้างอาคาร โดยหน่วยที่รับผิดชอบด้านการช่างของหน่วยงานที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายหน่วยงานราชการ
อื่นที่เกี่ยวข้อง เป็นผู้ประมาณการ)

(๑๐) หนังสือให้ความยินยอมในการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน (กรณี
ไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัยหรือที่ดินแห่งนั้น) พร้อมแนบสำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประจำตัว
ประชาชน จากเจ้าของกรรมสิทธิ์

(๑๑) หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) เช่น หลักฐานการประเมินความสามารถในการประกอบ
กิจวัตรประจำวัน (ADL) หรือ ใบรับรองแพทย์ เป็นต้น

ข้อ ๘ กำหนดงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน
หลังละไม่เกินสี่หมื่นบาท โดยคิดค่าแรงงาน ไม่เกินร้อยละ ๒๐ ของค่าใช้จ่าย ทั้งนี้กรณีที่มีความจำเป็นต้อง
ใช้งบประมาณในการสนับสนุนมากกว่าที่กำหนดไว้ ให้เป็นอำนาจของคณะกรรมการกองทุนในการพิจารณา
อนุมัติให้เป็นรายการต่อไป

ทั้งนี้ การกำหนดงบประมาณอาจอ้างอิงต้นทุนหรือแนวทางการปรับสภาพบ้านจากงานวิจัย
เรื่อง “โครงการวิเคราะห์ต้นทุนและผลลัพธ์ของบริการปรับสภาพบ้านสำหรับคนพิการด้านการเคลื่อนไหวและ
ผู้สูงอายุ” โดยคณะแพทยศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ ผังเมืองและนฤมิตศิลป์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (พญ.ศิรินาถ ตงศิริและคณะ) หรือการสนับสนุนค่าใช้จ่ายการจัดสภาพแวดล้อม
และที่อยู่อาศัยของกรมกิจการผู้สูงอายุ เป็นแนวทาง

ข้อ ๙ รายละเอียดของการปรับสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน ต้องเป็นไปตาม
ความเหมาะสมกับสภาพความพิการหรือตามสภาพความจำเป็น ดังนี้

(๑) ห้องส้วม ห้องน้ำ และห้องอาบน้ำ เช่น ติดตั้งราวจับอุปกรณ์พยุงตัว วัสดุปูพื้น
และปรับระดับพื้นเรียบไม่ลื่น ปรับเปลี่ยนสุขภัณฑ์และอุปกรณ์ที่ถูกสุขอนามัย ปรับแสงสว่าง การระบาย
อากาศ ระบบสุขาภิบาลและการระบายน้ำที่ดี เป็นต้น

(๒) บันได เช่น ติดตั้งราวจับพยุงตัวที่แข็งแรง ราวกันตก จมูกกันลื่น ขยายชั้นลูกนอน
ปรับลดระยะขั้นลูกตั้งไม่ให้ชันหรือตึงเกินไป และปรับชานพัก

(๓) ทางเดินภายในบ้าน ห้องนอน เติงนอน พื้นที่พักผ่อน ห้องครัว ห้องอาหาร
ภายในอาคาร เช่น ติดตั้งราวกันตกที่เตียงนอน ติดตั้งราวจับอุปกรณ์พยุงตัวที่แข็งแรงในพื้นที่ที่ใช้งานบ่อย วัสดุ
ปูพื้นและปรับระดับพื้นเรียบไม่ลื่น แสงสว่าง และการระบายอากาศ ย้ายระดับสวิทช์ ปลั๊ก และการเดินสายไฟใหม่
การจัดเก็บสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ ให้เข้าที่ ติดตั้งผลิตภัณฑ์และสิ่งอำนวยความสะดวก มือจับ เติงที่ห้อยขาลูกเองได้

(๔) หลังคา ชานบ้าน ทางเดินรอบบ้าน สวน และภายนอกอาคาร เช่น การปรับปรุง
ทางเดิน ทางลาด ราวจับเดิน เป็นต้น

(๕) รายละเอียดอื่น ๆ เพื่อให้ที่อยู่อาศัยมีความมั่นคงแข็งแรงและปลอดภัย

ข้อ ๑๐ ขั้นตอนการขอรับการสนับสนุนงบประมาณ

(๑) หน่วยงานที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย ได้รับแบบคำขอจากผู้มีสิทธิ แล้วแต่งตั้งคณะกรรมการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน ไม่น้อยกว่า ๕ คน โดยให้มีเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในพื้นที่อย่างน้อยหนึ่งคน เป็นคณะกรรมการด้วย

(๒) หน่วยงานที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายดำเนินการจัดประชุมคณะกรรมการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐานตามข้อ (๑) เพื่อกำหนดเป้าหมายในการจัดทำโครงการ

(๓) หน่วยงานที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายดำเนินการเขียนโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน ทั้งนี้ให้เป็นไปตามระเบียบนี้ และระเบียบที่เกี่ยวข้องกับระเบียบนี้

(๔) หน่วยงานที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย ส่งเอกสารโครงการและหลักฐานประกอบการพิจารณาไปยังกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

(๕) เจ้าหน้าที่กองทุน ดำเนินการตรวจสอบเอกสาร และรวบรวม เสนอต่อคณะกรรมการ

(๖) คณะอนุกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี พิจารณากลับกรองตรวจสอบ และเห็นชอบโครงการที่เสนอ

(๗) คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพพิจารณาอนุมัติเงินกองทุนเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายตามโครงการที่เสนอ โดยให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และตามระเบียบนี้

(๘) กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพแจ้งผลการพิจารณาโครงการ และจัดทำบันทึกข้อตกลงหรือสัญญากับหน่วยงานที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายที่รับผิดชอบโครงการ

(๙) กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพเบิกจ่ายเงินให้กับหน่วยงานที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายที่รับผิดชอบโครงการ ตามที่กำหนดไว้ในบันทึกข้อตกลงหรือสัญญา

(๑๐) หน่วยงานที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายดำเนินงานตามโครงการที่ได้รับอนุมัติ และรายงานผลการดำเนินงานให้คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี ตามที่กำหนด

ข้อ ๑๑ หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการเสนอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้ดำเนินการตามข้อ ๑๓ - ๑๖ ของระเบียบคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี ว่าด้วย หลักเกณฑ์การพิจารณาสนับสนุนงบประมาณของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี พ.ศ. ๒๕๖๘ โดยใช้เอกสารแนบท้ายประกาศนี้เป็นแนวทาง

ข้อ ๑๒ เมื่อคณะกรรมการกองทุนอนุมัติโครงการตามที่หน่วยงานที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเสนอแล้ว ให้ดำเนินการจัดทำบันทึกข้อตกลงเป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย โดยส่งจ่ายเป็นเช็คในนามหน่วยงานที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย หรือในรูปแบบอื่นใดตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ถือปฏิบัติตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๑๓ การดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุ ของหน่วยงานที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายให้ถือปฏิบัติตามระเบียบกฎหมายที่ถือปฏิบัติ ของหน่วยงานนั้น ๆ โดยอนุโลม หรือตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และจัดเก็บเอกสารหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ

ข้อ ๑๔ ให้หน่วย...

ข้อ ๑๔ ให้หน่วยงานที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายรายงานผลการใช้จ่ายเงินงบประมาณตามโครงการที่ได้รับอนุมัติ พร้อมภาพถ่ายและสำเนาเอกสารที่เกี่ยวข้องมายังกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่ดำเนินโครงการแล้วเสร็จ พร้อมทั้งส่งคืนเงินเหลือจ่าย (ถ้ามี) ให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพภายในปีงบประมาณนั้น ๆ

ข้อ ๑๕ กรณีหน่วยงานที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย ได้ดำเนินการตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่ใช้บังคับอยู่ก่อนวันที่ระเบียบนี้ใช้บังคับให้ดำเนินการตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์นั้นต่อไปจนแล้วเสร็จ

ข้อ ๑๖ ให้ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นผู้รักษาการตามระเบียบนี้ ให้มีอำนาจในการวินิจฉัย ติความ ชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามระเบียบนี้ รวมถึงออกประกาศหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘



(นางอรพิน จิระพันธุ์วณิช)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี

ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี

เอกสารแนบท้าย

ระเบียบคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี ว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข
การจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน สำหรับผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ พ.ศ. 2568 ข้อ 11

ตัวอย่างโครงการการจัดสภาพแวดล้อม ฯ

โครงการ ปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ โดย หน่วยงาน/อปท.....

.....ประจำปี พ.ศ.....

1. หลักการและเหตุผล

ตามที่ ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์การ ดำเนินงานและบริหาร
จัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. 2562 ลงวันที่ 10 พฤษภาคม 2562 ข้อ 9 (2) (ค) เพื่อสนับสนุนการ
ดำเนินการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐานเพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ดี
ยิ่งขึ้น ประกอบกับพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.
2556 มาตรา 20 คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวก สะดวกอันเป็นสาธารณะตลอดจนสวัสดิการและ
ความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ (10) การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การ มีผู้ช่วยคนพิการ หรือการจัดให้มีสวัสดิการอื่นตาม
หลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ และระเบียบ คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
แห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่ อาศัยให้แก่คนพิการ การมีผู้ช่วยคนพิการ การช่วยเหลือคน
พิการที่ไม่มีผู้ดูแล และสิทธิของผู้ดูแลคนพิการ พ.ศ. 2552 ได้กำหนดแนวทางการคุ้มครองสิทธิคนพิการ เกี่ยวกับการปรับ
สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการไว้ว่า การปรับ สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ โดยการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง
หรือดัดแปลงที่อยู่อาศัยบางส่วนหรือทั้งหมด เพื่อขจัดอุปสรรคหรือจัดให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตในที่อยู่อาศัยนั้นได้
โดยสะดวกและเหมาะสมกับสภาพความพิการ รวมถึงความปลอดภัยและสุขอนามัย

เพื่อให้การช่วยเหลือ ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้รับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่ อาศัยที่มีความเหมาะสม
สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ ชื่อหน่วยงาน/องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล..... จึงได้ จัดทำ
โครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ควรเขียนให้สอดคล้องตาม ข้อ 9(2)(ค) ของประกาศคณะกรรมการ สปสช. เรื่องหลักเกณฑ์การดำเนินงานและ
บริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ.2562 ความว่า “เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรีให้จ่าย
เป็นค่าใช้จ่ายที่สนับสนุนในลักษณะโครงการ หรือกิจกรรม ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์รปกครองส่วนท้องถิ่น
สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้สูงอายุ หรือองค์กรอื่น ตามที่
คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ เพื่อสนับสนุนการดำเนินการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐานเพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการ
ฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น”

2. วัตถุประสงค์...

2. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อดำเนินการปรับปรุงสภาพบ้านและที่อยู่อาศัยสำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้เข้าถึง และใช้ประโยชน์ได้
- 1.2 เพื่อลดความเสี่ยงของอันตรายที่จะเกิดขึ้น และป้องกันความพิการซ้ำซ้อน
- 1.3 เพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้รับการฟื้นฟูอย่างถูกต้อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ ไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่นหรือเป็นภาระน้อยที่สุด

3. กลุ่มเป้าหมาย

คนพิการ ผู้สูงอายุ ที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลง

4. วิธีการดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม

3.1 ประชาสัมพันธ์การปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการฯ ให้ส่วนราชการในพื้นที่ทราบ เพื่อ เสนอโครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการฯ ในการขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี

3.2 เสนอโครงการผ่านคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพพิจารณาอนุมัติโครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย สำหรับ ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และออกเยี่ยมบ้านและสอบข้อเท็จจริงกลุ่มเป้าหมาย เพื่อพิจารณา กลุ่มเป้าหมายให้เป็นไปตามประกาศหลักเกณฑ์ของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ และเมื่อพิจารณาแล้วให้สรุปรวบรวมส่ง กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ (แนบรายงานการประชุมคณะทำงาน ฯ ด้วย)

3.3 กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ แจ้งผลการพิจารณาอนุมัติเพื่อทำข้อตกลงดำเนินงานร่วมกัน และเบิกจ่าย งบประมาณ ให้ส่วนราชการในพื้นที่เพื่อดำเนินการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ต่อไป

3.4 ดำเนินการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามระเบียบฯ และ รายงานผลการดำเนินงานปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ต่อกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี ภายในระยะเวลาที่กำหนดตามข้อตกลง

รายละเอียดกิจกรรม

1. ห้องน้ำและห้องอาบน้ำ เช่น ติดตั้งราวจับอุปกรณ์พยุงตัว วัสดุปูพื้นและปรับระดับพื้นเรียบ ไม่ลื่น ปรับเปลี่ยน สุขภัณฑ์และอุปกรณ์ที่ถูกสุขอนามัย ปรับแสงสว่างและการระบายอากาศระบบสุขาภิบาลและการระบายน้ำที่ดี

2. บันได ติดตั้งราวจับพยุงตัวที่แข็งแรง ราวกันตก จมูกกันลื่น ขยายชั้นลูกนอน และปรับลดระยะขั้นลูก ตั้งไม้ให้ชัน และตั้งเกินไป และปรับขนพัก

3. ทางเดินภายในบ้าน ห้องนอน เติงนอน พื้นที่พักผ่อน ห้องครัว ห้องอาหารภายในอาคารโดยติดตั้ง ราวจับ อุปกรณ์พยุงตัวที่แข็งแรงในพื้นที่ที่ใช้งานบ่อย วัสดุปูพื้นและปรับระดับพื้นเรียบไม่ลื่น แสงสว่างและการระบาย อากาศ การ จัดเก็บสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ ให้เข้าที่ และติดตั้งผลิตภัณฑ์และสิ่งอำนวยความสะดวก มือจับ เติงที่ห้อย ฆ่าลูกเองได้

4. หลังคา ขานบ้าน สวน ทางเดินรอบบ้าน ภายนอกอาคาร เช่น การปรับปรุงทางเดิน ทางลาด ราวจับ เติง และที่จอดรถ

5. รายละเอียดอื่นๆ เพื่อให้ที่อยู่อาศัยมีความมั่นคงแข็งแรงและปลอดภัย

แผนการดำเนินงาน/แผนการใช้จ่ายงบประมาณ

กิจกรรม	เป้าหมายการดำเนินงาน	แผนการดำเนินงาน
	ไตรมาส 1 (ต.ค.-ธ.ค.)	
	ไตรมาส 2 (ม.ค.-มี.ค.)	
	ไตรมาส 3 (เม.ย.-มิ.ย.)	
	ไตรมาส 4 (ก.ค.-ก.ย.)	

โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประจำปี พ.ศ.

จำนวนบ้าน.....หลัง / / /

จำนวนเงิน.....บาท

5. ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....- วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

6. สถานที่ดำเนินการ

.....

7. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ

องค์การบริหารส่วนจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหาร จัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. 2562 ข้อ 9 (2)

8. งบประมาณ

จากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี จำนวนทั้งสิ้น.....บาท (.....) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายดังนี้.....(ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการ ดำเนินงาน/กิจกรรม ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ).....

9. ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์

- 1).....
- 2).....
- 3).....

10. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการนี้

- 1) ลดความเสี่ยงของอันตรายที่จะเกิดขึ้น และป้องกันความพิการซ้ำซ้อน
- 2) กลุ่มเป้าหมายตระหนักถึงความสามารถที่เหลืออยู่ และรู้คุณค่าของตนเอง
- 3) กลุ่มเป้าหมายสามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น หรือเป็นภาระน้อยที่สุด

ผู้รับผิดชอบโครงการ

.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

ความคิดเห็นผู้เสนอโครงการ.....

.....

ผู้เสนอโครงการ

.....

(.....)

ตำแหน่ง..... (ผู้บังคับบัญชาสูงสุดของหน่วยงาน)

ผู้บังคับบัญชาสูงสุดของหน่วยงาน/นายกเทศมนตรี/นายก อบต.

ความคิดเห็นผู้เห็นชอบโครงการ.....

.....

ผู้เห็นชอบโครงการ

.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประธานอนุกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี

ความคิดเห็นผู้อนุมัติโครงการ.....

.....

ผู้อนุมัติโครงการ

.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี

ตัวอย่างส่งมอบตามโครงการ ฯ

รายงานผลการดำเนินงาน โครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ ประจำปี พ.ศ.

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	ที่อยู่	รายการปรับสภาพแวดล้อม	ค่าใช้จ่าย(บาท)
1			-ห้องน้ำและห้องอาบน้ำ -บันได ติดตั้งราวจับ -ทางเดินภายในบ้าน ห้องนอน เติงนอน -หลังคา ชานบ้าน สวน ทางเดินรอบบ้าน ภายนอก อาคาร	
2				
3				
4				
รวม		หลัง		บาท

แบบคำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ และผู้สูงอายุ

ประวัติบุคคล

1. คำนำหน้าชื่อ (ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....
เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

2. เลขที่บัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ กรณีไม่มีเนื่องจาก.....

3. วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

4. สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ สมรสแยกกันอยู่
☐ หย่าร้าง ☐ ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน ☐ หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

5. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

ชื่อสถานที่..... รหัสประจำบ้าน □□□□-□□□□□□-□
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
เบอร์โทรศัพท์..... เบอร์ต่อ..... โทรสาร.....

6. ที่อยู่ปัจจุบัน

☐ ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียน จำนวนผู้อยู่อาศัย..... คน
(กรณีเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ให้ทำเครื่องหมาย / ใน ☐ และข้ามไปกรอกข้อ 7)
☐ ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน..... รหัสประจำบ้าน □□□□-□□□□□□-□
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
เบอร์โทรศัพท์..... เบอร์ต่อ..... โทรสาร.....

7. สมาชิกในครอบครัว / ครวเรือน ประกอบด้วย

ที่	ชื่อ-สกุล	อายุ	เกี่ยวข้องเป็น	อาชีพ	รายได้ (บ/ด)	หมายเหตุ

8. ลักษณะที่อยู่อาศัย ☐ บ้านตนเอง ☐ อาศัยผู้อื่นอยู่ (ระบุ).....
☐ บ้านเช่า (ระบุ)..... ☐ อยู่กับผู้อื่น (ระบุ)..... ☐ ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง

9. ลักษณะการครอบครองที่ดิน ☐ ที่ดินของตนเอง ☐ ที่ดินเช่าจาก (ระบุ).....
☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

10. ประเภทผู้ประสบปัญหา

☐ ผู้พิการ ระบุประเภทความพิการ ได้แก่

☐ พิการทางการเห็น (1)

☐ พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย (2)

☐ พิการการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย (3)

☐ พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม (4)

☐ พิการทางสติปัญญา (5)

☐ พิการทางการเรียนรู้ (6)

☐ พิการทางออทิสติก (7)

วันออกบัตรประจำตัวคนพิการ..... วันบัตรหมดอายุ.....

☐ ผู้สูงอายุ ที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลง (พร้อมแนบหลักฐานการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน: ADL หรือ ใบรับรองแพทย์ที่แสดงให้เห็นถึงความบกพร่องในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน)

12. ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ ไม่ได้รับการศึกษา/ไม่จบชั้นประถมศึกษา

☐ ประถมศึกษา

☐ มัธยมศึกษาตอนต้น

☒ มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ ปวช./เทียบเท่า

☐ ปวส. / อนุปริญญา / เทียบเท่า

☐ ปริญญาตรี

☐ สูงกว่าปริญญาตรี

☐ อื่น (ระบุ).....

13. อาชีพ

☐ ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน

☐ นักเรียน/นักศึกษา

☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว

☐ ฤกษ/สามเณร/แม่ชี

☐ เกษตรกร (ทำไร่/นา/สวน/เลี้ยงสัตว์/ประมง)

☐ รับจ้าง

☐ ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ

☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ

☐ พนักงานบริษัท

☐ อื่นๆ ระบุ.....

14. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน..... บาท ที่มาของรายได้ ☐ ด้วยตนเอง ☐ ผู้อื่นให้

15. ชื่อที่สามารถติดต่อได้..... ความเกี่ยวข้อง..... เบอร์โทรศัพท์.....

16. การได้รับความช่วยเหลือ / สวัสดิการ อุปกรณ์ / เครื่องช่วย ที่เคยได้รับ

1. จาก จำนวน

2. จาก จำนวน

3. จาก จำนวน

17. สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ เลือกตอบได้ (ตอบได้มากกว่า 1 รายการ)

☐ ไม่มีที่อยู่อาศัย

☐ ไม่มีรายได้

☐ รู้สึกด้อยกว่าผู้อื่น

☐ ถูกรังเกียจเหยียดหยาม

☐ ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ

☐ ครอบครัวหรือผู้อุปการะมีฐานะยากจน

☐ ไม่มีโอกาสเรียนหนังสือ

☐ ไม่ได้รับการฝึกอาชีพ

☐ ไม่มีเงินทุนประกอบอาชีพ

☐ มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ

☐ ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู

☐ มีความลำบากเมื่อออกนอกบ้าน

☐ ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ

☐ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนหรือการปรับตัวที่เหมาะสม

☐ ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน

☐ เงินไม่พอใช้จ่าย

☐ ไม่มีคนอุปการะ/ไร้ที่พึ่ง

☐ ไม่มีงานทำ

☐ ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน

☐ ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง

☐ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชีวิตประจำวัน

18. ความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง

- ☐ การปรับปรุงโครงสร้าง เช่น หลังคา เสา คาน พื้น ผนังบ้าน เป็นต้น (ระบุ).....
-
- ☐ ห้องน้ำ ☐ ห้องส้วม ☐ ห้องนอน ☐ ห้องครัว
- ☐ ติดตั้งผลิตภัณฑ์และสิ่งอำนวยความสะดวกภายในบ้าน เช่น ราวจับ ทางลาด สัญญาณไฟฉุกเฉิน เป็นต้น (ระบุ).....
- ☐ ขานบ้าน / สวน / ทางเดินรอบบ้าน (ระบุ).....
- ☐ ระบบสุขาภิบาล (ระบบที่เกี่ยวข้องกับการใช้น้ำ)
- ☐ ระบบไฟฟ้าแสงสว่าง
- ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและข้อมูลในบัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้า เพื่อไปใช้ในหน่วยงานของรัฐ และยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถามและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า แก่หน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณาจัดสรรสวัสดิการ และ/หรือ เพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามกฎหมายของรัฐ และ/หรือ เพื่อประโยชน์ต่อการวางแผนให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยถือว่าคุ่มค่าและบรรดาสำเนา ภาพถ่าย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสารที่จัดทำขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ เป็นการให้ความยินยอมของข้าพเจ้าเช่นเดียวกัน

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)
...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล *
(.....)
...../...../.....

หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูล ในกรณีคนพิการ หรือผู้สูงอายุ ไม่สามารถให้ข้อมูลโดยตรงได้ เนื่องจาก มีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร เช่น พิการทางสติปัญญา พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย เป็นต้น ผู้ให้ข้อมูลสามารถเป็นผู้ดูแลคนพิการ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือสมาชิกในครัวเรือนที่อยู่อาศัยร่วมกับคนพิการ หรือเป็นบุคคลใกล้ชิดที่เกี่ยวข้องกับคนพิการได้ หรือในกรณีที่คนพิการอยู่อาศัยเพียงลำพัง บุคคลที่ลงนามในฐานะผู้ให้ข้อมูลควรเป็นผู้นำชุมชน กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่

ส่วนการตรวจประเมินการปรับสภาพ

ตรวจประเมินวันที่.....

1. ชื่อ-นามสกุลเจ้าหน้าที่.....

ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

2. ชื่อ-นามสกุลเจ้าหน้าที่.....

ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

ความเห็นของผู้ประเมิน (สิ่งที่ควรปรับสภาพที่อยู่อาศัยตามสภาพคนพิการ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง)

☐ เห็นควรให้ความช่วยเหลือ.....

☐ เห็นควรให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เนื่องจาก.....

☐ ไม่เห็นควรให้การปรับปรุง/ซ่อมแซม เนื่องจาก.....

รายละเอียดเพิ่มเติม.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในพื้นที่นั้น ๆ)

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในพื้นที่นั้น ๆ)

(.....)

แบบประเมินการปรับสภาพแวดล้อมสำหรับคนพิการ และผู้สูงอายุ

ประวัติส่วนบุคคลของผู้รับการประเมิน

1. วันที่ออกประเมิน.....
2. คำนำหน้าชื่อ (ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....
3. เลขที่บัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□ กรณีไม่มีเนื่องจาก.....
4. วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
5. สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ สมรสแยกกันอยู่
☐ หย่าร้าง ☐ ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน ☐ หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)
6. การนับถือศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....
7. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
ชื่อสถานที่.....รหัสประจำบ้าน □□□□-□□□□□□-□
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
เบอร์โทรศัพท์.....เบอร์ต่อ.....โทรสาร.....
8. ที่อยู่ปัจจุบัน
☐ ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน จำนวนผู้อยู่อาศัย.....คน
(กรณีเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ให้ทำเครื่องหมาย / ใน □ และข้ามไปกรอกข้อ. 9)
☐ ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน.....รหัสประจำบ้าน □□□□-□□□□□□-□
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
เบอร์โทรศัพท์.....เบอร์ต่อ.....โทรสาร.....
9. ระยะเวลาที่ผู้รับการประเมินอยู่อาศัยในสถานที่ขอรับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย จำนวน.....ปี.....เดือน
10. สมาชิกในครอบครัว / ครัวเรือน ที่ใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้รับการประเมินมากที่สุด
☐ ไม่มี (อยู่เพียงลำพัง) ☐ คู่สมรส ☐ บุตรชาย ☐ บุตรสาว
☐ ญาติทางสายโลหิต (อาทิ ตายายลุงป้าน้าอาหลาน) ☐ เพื่อน ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....
11. รูปแบบการใช้ชีวิตประจำวันของผู้รับการประเมิน
☐ อยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว / ครัวเรือน ตลอดเวลา
☐ อยู่ลำพัง ในบางเวลา ได้แก่ ☐ ในช่วงเช้า - เย็น (06.00 – 18.00 น.) ☐ ในช่วงเย็นและกลางคืน (18.01 – 05.59 น.)
☐ อยู่ลำพัง ตลอดเวลา
☐ อื่น ๆ (ระบุ).....
11. ลักษณะที่อยู่อาศัย ☐ บ้านตนเอง ☐ อาศัยผู้อื่นอยู่ ☐ บ้านเช่า ☐ อยู่กับผู้จ้าง ☐ ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง
12. รูปแบบที่อยู่อาศัย ☐ บ้านไม้ใต้ถุนสูง ☐ บ้านครึ่งปูนครึ่งไม้ ☐ บ้านเดี่ยวชั้นเดียว ☐ บ้านเดี่ยวสองชั้น
☐ บ้านแฝด ☐ ตึกแถว ☐ อพาร์ทเมนต์ ☐ หอพัก
☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

13. ลักษณะห้องน้ำ รววจับ ☐ มี ☐ ไม่มี
☐ ชักโครก ☐ ล้างซึม ☐ อื่นๆ.....

14. ลักษณะการครอบครองกรรมสิทธิ์ สิทธิครอบครอง สิทธิอยู่อาศัยของคนพิการ (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

- ☐ ผู้รับการประเมินเป็นเจ้าของกรรมสิทธิ์ในที่ดิน ☐ ผู้รับการประเมินเป็นเจ้าของกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย
☐ ผู้รับการประเมินเป็นเจ้าของกรรมสิทธิ์ในที่ดินและที่อยู่อาศัย
☐ ผู้รับการประเมินมีสิทธิอยู่อาศัย
 ☐ โดยมีชื่อปรากฏอยู่ในทะเบียนบ้าน
 ☐ โดยมีชื่อปรากฏอยู่ในทะเบียนบ้าน แต่ได้รับอนุญาตจากเจ้าของกรรมสิทธิ์
☐ ผู้รับการประเมินมีสิทธิครอบครองที่อยู่อาศัย โดยอยู่อาศัยในที่ดินซึ่งอยู่ในความดูแลของส่วนราชการ / องค์การสาธารณประโยชน์ (โปรดระบุ).....
☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

15. สภาพที่อยู่อาศัยและความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง

- ☐ การปรับปรุงโครงสร้าง เช่น หลังคา เสา คาน พื้น ผนังบ้าน เป็นต้น (ระบุ).....
.....
☐ ห้องน้ำ ☐ ห้องส้วม ☐ ห้องนอน ☐ ห้องครัว
☐ ติดตั้งผลิตภัณฑ์และสิ่งอำนวยความสะดวกภายในบ้าน เช่น รววจับ ทางลาด สัญญาณไฟฉุกเฉิน เป็นต้น (ระบุ).....
☐ ขนบ้าน / สวน / ทางเดินรอบบ้าน (ระบุ).....
☐ ระบบสุขาภิบาล (ระบบที่เกี่ยวข้องกับการใช้น้ำ)
☐ ระบบไฟฟ้าแสงสว่าง
☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

16. ประเภทผู้ประสบปัญหา

- ☐ ผู้พิการ ระบุประเภทความพิการ ได้แก่
 ☐ พิการทางการเห็น (1) ☐ พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย (2)
 ☐ พิการการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย (3) ☐ พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม (4)
 ☐ พิการทางสติปัญญา (5) ☐ พิการทางการเรียนรู้ (6)
 ☐ พิการทางออทิสติก (7)

วันออกบัตรประจำตัวคนพิการ..... วันบัตรหมดอายุ.....

- ☐ ผู้สูงอายุ ที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลง (พร้อมแนบหลักฐานการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน: ADL หรือ ใบรับรองแพทย์ที่แสดงให้เห็นถึงความบกพร่องในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน)

17. ลักษณะสุขภาพโดยรวมของผู้รับการประเมิน

- ☐ แข็งแรง และสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้เป็นอย่างดี
- ☐ ไม่ค่อยแข็งแรง แต่ยังสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้
- ☐ ไม่ค่อยแข็งแรง ต้องการได้รับการดูแลบ้าง
- ☐ ไม่แข็งแรง ต้องการได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

18. ผู้รับการประเมินมีการใช้กายอุปกรณ์ / เครื่องช่วยความพิการในชีวิตประจำวัน หรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี ได้แก่

- ☐ รถนั่งคนพิการ (Wheelchair) ☐ เตียงผู้ป่วย ☐ เบาะรองนั่งสำหรับคนพิการ
- ☐ รถสามล้อโยก ☐ แผ่นรองตัวหรือที่นอนลม ☐ อุปกรณ์ช่วยฝึกเดิน (Walker)
- ☐ ไม้เท้าสำหรับคนตาบอด ☐ ไม้เท้าหรือไม้ค้ำยัน ☐ เครื่องช่วยฟัง
- ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

19. พฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้รับการประเมิน

- ☐ อาบน้ำ วันละ / สัปดาห์ละ ครั้ง ☐ แปรงฟัน วันละ / สัปดาห์ละ ครั้ง
- ☐ สระผม วันละ / สัปดาห์ละ ครั้ง ☐ เปลี่ยนเสื้อผ้า วันละ / สัปดาห์ละ ครั้ง
- ☐ เปลี่ยนผ้าอ้อม วันละ / สัปดาห์ละ ครั้ง
- ☐ ตรวจสุขภาพ / นัดพบแพทย์ / รักษาต่อเนื่อง ครั้งต่อ เดือน / ปี

20. การประเมินเบื้องต้นจากการลงพื้นที่สัมภาษณ์และสังเกตเกี่ยวกับสภาพที่อยู่อาศัยของคนพิการ (ก่อนปรับปรุงที่อยู่อาศัย) ว่ามีความเหมาะสม / ปลอดภัยกับผู้รับการประเมิน ในระดับใด

ห้อง/ระบบ	ความเหมาะสม / ความปลอดภัย				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ห้องน้ำ					
ห้องนอน					
ห้องครัว					
ห้องนั่งเล่น					
ทางเดินภายในบ้าน					
ทางเดินบริเวณรอบบ้าน					
อื่น ๆ (ระบุ).....					
อื่น ๆ (ระบุ).....					
อื่น ๆ (ระบุ).....					
ภาพรวมทั้งหลัง					

21. ในรอบปีที่ผ่านมา ผู้รับการประเมิน เคยประสบอุบัติเหตุในสถานที่อยู่อาศัย หรือไม่

☐ ไม่เคย ได้รับบาดเจ็บหรือประสบอุบัติเหตุ

☐ เคยได้รับบาดเจ็บหรือประสบอุบัติเหตุ ในบริเวณ ☐ ห้องน้ำ ☐ ห้องนอน ☐ ห้องครัว

☐ ห้องนั่งเล่น ☐ ทางเดินภายในบ้าน ☐ ทางเดินรอบบ้าน / สวน

รายละเอียดดังนี้ (ลักษณะการบาดเจ็บ / สาเหตุการบาดเจ็บ / จำนวนครั้ง).....

.....

.....

22. การอ่านออกเขียนได้

☐ อ่านและเขียนได้

☐ อ่านได้ แต่เขียนไม่ได้

☐ ไม่ได้ทั้งอ่านและเขียน

23. ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ ไม่ได้รับการศึกษา/ไม่จบชั้นประถมศึกษา

☐ ประถมศึกษา

☐ มัธยมศึกษาตอนต้น

☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ ปวช./เทียบเท่า

☐ ปวส. / อนุปริญญา / เทียบเท่า

☐ ปริญญาตรี

☐ สูงกว่าปริญญาตรี

☐ อื่น (ระบุ).....

24. อาชีพ

☐ ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน

☐ นักเรียน/นักศึกษา

☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว

☐ ภาครัฐ/สามเณร/แม่ชี

☐ เกษตรกร (ทำไร่/นา/สวน/เลี้ยงสัตว์/ประมง)

☐ รับจ้าง

☐ ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ

☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ

☐ พนักงานบริษัท

☐ อื่นๆ ระบุ.....

25. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท ที่มาของรายได้ ☐ ด้วยตนเอง ☐ ผู้อื่นให้

26. เงินอุดหนุนจากภาครัฐ หรือเงินสนับสนุนอื่น ๆ

☐ ไม่ได้รับ

☐ เบี้ยความพิการ.....บาทต่อเดือน

☐ เงินสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ จำนวน.....ครั้ง รวมเป็นเงิน.....บาท

☐ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ.....บาทต่อเดือน

☐ เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด.....บาทต่อเดือน

☐ เงินอื่น ๆ (โปรดระบุ)

เงิน.....จากหน่วยงาน/บุคคล.....จำนวน.....บาท

เงิน.....จากหน่วยงาน/บุคคล.....จำนวน.....บาท

27. รายจ่ายต่อเดือนโดยประมาณ

☐ ค่าน้ำ.....บาท/เดือน

☐ ค่าไฟ.....บาท/เดือน

☐ ค่าอาหาร.....บาท/เดือน

☐ ค่าของใช้จำเป็น.....บาท/เดือน

☐ ค่าของใช้จ่ายเพื่อดูแลโรคประจำตัว.....บาท/เดือน

☐ ค่าของใช้จ่ายอื่น ๆ (ระบุ).....จำนวน.....บาท/เดือน

28. ด้านภาระหนี้สินของวงครัวเรือน

☐ ไม่มีหนี้สิน ☐ มีหนี้สินนอกระบบ (ระบุ) จำนวน บาท

29. ชื่อที่สามารถติดต่อได้ ความเกี่ยวข้อง เบอร์โทรศัพท์

30. การได้รับความช่วยเหลือ / สวัสดิการ อุปกรณ์ / เครื่องช่วย ที่เคยได้รับ

1. จาก จำนวน

2. จาก จำนวน

3. จาก จำนวน

ความคิดเห็นของคณะทำงานโครงการฯ

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ..... คณะทำงานฯ
(.....)

ลงชื่อ..... คณะทำงานฯ
(.....)

ลงชื่อ..... คณะทำงานฯ
(.....)

ลงชื่อ..... คณะทำงานฯ
(.....)

ลงชื่อ..... คณะทำงานฯ
(.....)

ลงชื่อ..... คณะทำงานฯ
(.....)

ลงชื่อ..... คณะทำงานฯ
(.....)

ลงชื่อ..... คณะทำงานฯ
(.....)

หนังสือให้ความยินยอมในการปรับสภาพแวดล้อม/ปรับปรุง/ซ่อมแซม

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

เป็น () เจ้าของที่ดิน () เจ้าของบ้าน อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....ลพบุรี

เป็นผู้ถือกรรมสิทธิ์ / ผู้ได้รับมอบอำนาจจากเจ้าของบ้าน เลขที่.....หมู่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....ลพบุรี

ซึ่งเกี่ยวพันเป็น () ตนเอง () บิดา () มารดา () สามี () ภรรยา () บุตร () หลาน

() อื่นๆ (ระบุ).....ของผู้พิการ / ผู้สูงอายุ ชื่อ.....

โดยยินยอมให้.....ดำเนินการปรับปรุง/ซ่อมแซมบ้านให้ นั้น

ขอทำหนังสือฉบับนี้ไว้เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

1. ข้าพเจ้าและครอบครัวได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของการซ่อมแซม / ปรับปรุงที่อยู่อาศัย ให้แก่คนพิการตามโครงการ ฯ ขอรับการสนับสนุนจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี

2. ข้าพเจ้าและครอบครัวที่มีความประสงค์และยินยอมให้มีการซ่อมแซม / ปรับปรุงที่อยู่อาศัยหลังนี้ตามรายการและระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่กำหนดทุกประการ รวมทั้งจะไม่เพิกถอนความยินยอมตราบใดที่ผู้พิการ หรือผู้สูงอายุ ยังอาศัยอยู่ในที่อยู่อาศัยแห่งนี้

3. เพื่อให้การดำเนินการซ่อมแซม / ปรับปรุงที่อยู่อาศัยหลังนี้ เป็นไปด้วยความเรียบร้อยด้วยดี ข้าพเจ้าและบริวารหรือตัวแทนของข้าพเจ้า ชื่อ.....จะอยู่ร่วมมือร่วมแรง และช่วยอำนวยความสะดวกทุกด้านอย่างเต็มกำลังความสามารถแก่คณะทำงาน ฯ หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ตลอดระยะเวลาของการซ่อมแซม/ ปรับปรุง ที่อยู่อาศัยหลังนี้ โดยไม่เรียกร้องค่าตอบแทนใด ๆ ทั้งสิ้น

4. ในกรณีที่มิมีสาเหตุสุดวิสัยหรือความเสียหายใดๆเกิดขึ้นในระหว่างการซ่อมแซม/ปรับปรุงที่อยู่อาศัยหลังนี้ โดยข้าพเจ้าหรือตัวแทนของข้าพเจ้าได้รับรู้ด้วยแล้ว ข้าพเจ้าและครอบครัวจะไม่เรียกร้องค่าเสียหาย และสิทธิใด ๆ ทั้งสิ้นจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรีและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดำเนินการโครงการ ฯ แต่อย่างใด

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม

(.....) (ตัวบรรจง)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....) (ตัวบรรจง)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....) (ตัวบรรจง)

หมายเหตุ แบบเอกสารประกอบได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของบ้านพักอาศัยและคนพิการในครอบครัว

แบบประเมินการปรับสภาพแวดล้อม/ค่าซ่อมแซม/ปรับปรุง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ระยะเวลาดำเนินงาน.....วัน (โดยคำนวณจากปริมาณงาน)

ภาพถ่ายสภาพที่อยู่อาศัยภายในและภายนอกบ้าน

เอกสารหลักฐานประกอบ

1. โครงการการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน จำนวน 1 ชุด
2. สำเนาแต่งตั้งคณะกรรมการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน จำนวน 1 ชุด
3. สำเนารายงานการประชุมคณะกรรมการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน จำนวน 1 ชุด
4. แบบคำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ และผู้สูงอายุ จำนวน 1 ชุด
5. แบบคำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ และผู้สูงอายุ จำนวน 1 ชุด
6. แบบประเมินการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ และผู้สูงอายุ จำนวน 1 ชุด
7. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิ ฯ และ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ (ถ้ามี) จำนวน 1 ชุด
8. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิ ฯ จำนวน 1 ชุด
9. ภาพถ่ายสภาพบ้านหรือบริเวณที่จะดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย จำนวน 1 ชุด
10. แบบประมาณการค่าใช้จ่าย จำนวน 1 ชุด
11. หนังสือให้ความยินยอมในการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน จำนวน 1 ชุด
(กรณีไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัยหรือที่ดินแห่งนั้น) พร้อมแนบ สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน รับรองสำเนา อย่างละ 1ชุด (** กรณีเจ้าของที่ดินเสียชีวิต และยังไม่มีการโอน แบ่ง ที่ดินหรือแต่งตั้งผู้จัดการมรดก ให้บุตรทุกคน ภรรยา/สามีเจ้าที่ดิน เห็นในหนังสือยินยอมพร้อมแนบเอกสารทุกคน หากบุตร/ภรรยา/สามีคนใดเสียชีวิตแล้วก็ให้แนบสำเนาใบมรณะบัตรด้วย)
12. หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) เช่น คะแนนการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ใบรับรองแพทย์ เป็นต้น จำนวน 1 ชุด

แบบรายงานการปรับสภาพแวดล้อม/ปรับปรุง/ซ่อมแซมที่อยู่อาศัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี

ที่	ชื่อ-สกุล/เลข ประจำตัวคนพิการ	อายุ (ปี)	ที่อยู่	ประเภทความ พิการ	รายละเอียดการปรับ สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย	งบประมาณ (บาท)	
						ที่ได้รับ	เบิกจ่าย

***หมายเหตุ หากดำเนินการเสร็จสิ้นแล้วให้รับดำเนินการรายงานให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี ทราบโดยทันที พร้อมภาพถ่ายการดำเนินงาน ก่อน-หลัง การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย