



ระเบียบคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี  
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน  
สำหรับผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ พ.ศ. ๒๕๖๗

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี ได้จัดทำข้อตกลงการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ เลขที่ ๖๖/B/๐๐๑๖๓ ลงวันที่ ๒๖ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖ และองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี ได้ประกาศแต่งตั้งคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี ลงวันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ จึงเป็นการสมควรกำหนดระเบียบคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยหรือบริการขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ พ.ศ. ๒๕๖๗ นั้น

อาศัยอำนาจตามความข้อ ๑๕ (๓) ของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๕ ประกอบกับมติของคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ วันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๖๗ จึงได้ออกระเบียบไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับ ตั้งแต่วันประกาศใช้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในระเบียบนี้

“กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ” หมายความว่า กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี

“คณะกรรมการกองทุน” หมายความว่า คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี

“คณะอนุกรรมการ” หมายความว่า คณะอนุกรรมการด้านพัฒนาคุณภาพชีวิต

“หน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุน” หมายความว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” หมายความว่า องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหาร

ส่วนตำบล เทศบาล ในเขตจังหวัดลพบุรี

“ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ” หมายความว่า คนพิการ และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

“คนพิการ” หมายความว่า คนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

/“ผู้สูงอายุ...

“ผู้สูงอายุ” หมายความว่า ผู้สูงอายุตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ ซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน แต่ยังไม่เข้าเกณฑ์เป็นคนพิการ โดยอาจมีภาวะบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การสื่อสาร การเคลื่อนไหว จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญาการเรียนรู้ หรือภาวะบกพร่องอื่นใดซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพ

“ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง” หมายความว่า ผู้ที่คะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Bathel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่าสิบเอ็ดคะแนน หรือตามเกณฑ์การประเมินที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

“การปรับสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน” หมายความว่า การต่อเติม ปรับปรุง เปลี่ยนแปลง หรือตัดแปลงที่อยู่อาศัยบางส่วน หรือทั้งหมด โดยอาศัยการออกแบบ การซ่อมแซม การก่อสร้าง การใช้เทคโนโลยี หรือวิธีการอื่นใด เพื่อขจัดอุปสรรคหรือจัดให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถดำรงชีวิตในที่อยู่อาศัยนั้นได้โดยสะดวกและเหมาะสมกับสภาพความพิการ รวมถึงเพื่อความปลอดภัยและสุขอนามัย

“ผู้นำชุมชน” หมายความว่า กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชน ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สมาชิกสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

“เจ้าหน้าที่กองทุน” หมายความว่า ข้าราชการหรือลูกจ้างขององค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อ ๔ วัตถุประสงค์ในการสนับสนุนการปรับสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน เพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น ดังนี้

๑) เพื่อป้องกันและลดโอกาสในการเกิดอุบัติเหตุจากการเคลื่อนที่ทั้งในบ้านและนอกบ้านและจากการใช้งานพื้นที่ส่วนต่างๆภายในบ้าน เช่น ตกบันได ทกล้ม ลื่นล้มในห้องน้ำ เป็นต้น

๒) เพื่อฟื้นฟูสมรรถนะทางด้านร่างกายที่ดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้นในการทำกิจกรรมประจำวัน การดูแลความสะอาดร่างกาย การอาบน้ำ การแต่งตัวเป็นการปรับสภาพบ้านเพื่อช่วยในการทำกิจกรรมดังกล่าวสะดวกสบายขึ้น

๓) เพื่อลดภาระของคนในครอบครัวหรือผู้ดูแล ทำให้ใช้แรงและเวลาในการดูแลคนพิการน้อยลง ลดความเครียด และได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๔) การปรับปรุงบ้านให้อยู่ในสภาพที่เหมาะสมแก่การอยู่อาศัย และมีสุขลักษณะที่ดี มีความมั่นคงแข็งแรง ปลอดภัย และเหมาะสมแก่การใช้งาน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยรวมของคนในบ้าน

ข้อ ๕ ผู้ที่จะได้รับการพิจารณาสนับสนุนการปรับสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐานอยู่ภายใต้หลักเกณฑ์ ดังนี้

๑) เป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิบัตรทอง/UC)

๒) มีบัตรประจำตัวคนพิการ หรือ บัตรประจำตัวประชาชน

๓) มีผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Bathel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่าสิบเอ็ดคะแนน สำหรับกรณีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๔) มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดลพบุรี หรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า ๖ เดือน โดยมีผู้นำชุมชนในพื้นที่เป็นผู้รับรอง

๕) อาศัยอยู่ในที่อยู่อาศัยนั้นติดต่อกันมาแล้วไม่น้อยกว่า ๖ เดือน ยกเว้นกรณีย้ายเข้ามาอยู่ใหม่ภายหลังเกิดความพิการ

๖) ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคงหรือไม่เหมาะสมกับสภาพของความพิการหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ

๗) มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ

๘) ไม่ได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐ

๙) กรณีไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัยแห่งนั้นต้องมีหลักฐานการให้ความยินยอมจากเจ้าของหรือผู้ได้รับอำนาจจากเจ้าของเพื่อให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยได้หรือในกรณีเป็นบ้านเช่าต้องมีหลักฐานให้อยู่อาศัยได้ไม่น้อยกว่าหกเดือน

ข้อ ๖ หลักฐานประกอบการพิจารณาในการสนับสนุนการปรับสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน

๑) แบบประเมินให้มีการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ

๓) สำเนาทะเบียนบ้าน

๔) ภาพถ่ายสภาพบ้าน (ก่อนปรับปรุง)

๕) แบบประมาณการค่าใช้จ่าย (โดยนายช่างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานราชการอื่นเป็นผู้ประมาณการ)

๖) หนังสือให้ความยินยอมในการปรับสภาพแวดล้อม (กรณีไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัยแห่งนั้น)

๗) หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) เช่น รายงานการประชุมหมู่บ้าน

ข้อ ๗ กำหนดงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน หลังละไม่เกินสี่หมื่นบาท โดยคิดค่าแรงงาน ไม่เกินร้อยละ ๒๐ ของค่าใช้จ่าย เช่น ปรับสุขภัณฑ์ในห้องน้ำ ติดตั้งราวจับ ทำทางลาด ทางเดินในบ้านหรือนอกบ้านหรือรอบๆตัวบ้าน การย้ายห้องน้ำ ขยายหรือปรับขนาดประตูเพื่อเข็นรถเข็นเข้าออกสะดวก ซ่อมแซมหรือต่อเติมหลังคาบ้าน ฝ้าผนังบ้าน เป็นต้น

ข้อ ๘ รายละเอียดของการปรับสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน ต้องเป็นไปตามความเหมาะสมกับสภาพความพิการหรือตามสภาพความจำเป็น เช่น

๑) ห้องน้ำและห้องอาบน้ำ เช่น ติดตั้งราวจับอุปกรณ์พยุงตัว วัสดุปูพื้นและปรับระดับพื้นเรียบไม่ลื่น ปรับเปลี่ยนสุขภัณฑ์และอุปกรณ์ที่ถูกสุขอนามัย ปรับแสงสว่างและการระบายอากาศ ระบบสุขาภิบาลและการระบายน้ำที่ดี

๒) บันได ติดตั้งราวจับพยุงตัวที่แข็งแรง ราวกันตก จมูกกันลื่น ขยายชั้นลูกนอน ปรับลดระยะชั้นลูกตั้งไม่ให้ชันหรือตั้งเกินไป และปรับชันพัก

๓) ทางเดินภายในบ้าน ห้องนอน เตียงนอน พื้นที่พักผ่อน ห้องครัว ห้องอาหารภายในอาคารโดยติดตั้งราวจับอุปกรณ์พยุงตัวที่แข็งแรงในพื้นที่ที่ใช้งานบ่อย วัสดุปูพื้นและปรับระดับพื้นเรียบไม่ลื่น แสงสว่างและการระบายอากาศ การจัดเก็บสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆให้เข้าที่ และติดตั้งผลิตภัณฑ์และสิ่งอำนวยความสะดวก มือจับ เตียงที่ห้อยขาเองได้

๔) หลังคา ชานบ้าน ทางเดิน ภายนอกอาคาร เช่น การปรับปรุงทางเดิน ทางลาด ราวจับเดิน

๕) รายละเอียดอื่น ๆ เพื่อให้ที่อยู่อาศัยมีความมั่นคงแข็งแรงและปลอดภัย

ข้อ ๙ ขั้นตอนการขอรับการสนับสนุนงบประมาณ

๑) หน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุน แต่งตั้งคณะทำงานในการประเมินปรับสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน ไม่น้อยกว่า ๕ คน โดยให้มีนักกายภาพบำบัดโรงพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่อย่างน้อยหนึ่งคนเป็นคณะทำงานด้วย

๒) หน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุน ส่งโครงการพร้อมแบบประมาณการค่าใช้จ่ายการปรับสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน และประมาณการค่าใช้จ่ายให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

๓) เจ้าหน้าที่กองทุน ดำเนินการตรวจสอบเอกสาร การได้รับความช่วยเหลือ และออกเยี่ยมผู้ขอรับการปรับสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน เสนอคณะอนุกรรมการ เพื่อกลั่นกรองและเห็นชอบโครงการ

๔) เสนอโครงการที่คณะอนุกรรมการเห็นชอบให้คณะกรรมการกองทุน พิจารณานุมัติ

๕) แจ้งผลการอนุมัติโครงการ เพื่อให้หน่วยงานทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๑๐ เมื่อคณะกรรมการกองทุนอนุมัติโครงการตามที่หน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุนเสนอแล้ว ให้ดำเนินการจัดทำบันทึกข้อตกลงเป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย โดยการโอนเงินเข้าบัญชีหน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุน ทั้งนี้ ให้ถือปฏิบัติตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

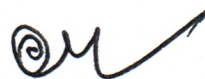
ข้อ ๑๑ การดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุ ของหน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุน ให้ถือปฏิบัติตามระเบียบกฎหมายที่ถือปฏิบัติ หรือตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และจัดเก็บเอกสารหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ

ข้อ ๑๒ ให้หน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุนรายงานผลการใช้จ่ายเงินงบประมาณตามโครงการที่ได้รับอนุมัติพร้อมสำเนาเอกสารที่เกี่ยวข้องต่อกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ภายใน ๓๐ วันนับตั้งแต่ดำเนินโครงการแล้วเสร็จ พร้อมทั้งส่งคืนเงินเหลือจ่าย (ถ้ามี) ให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรีภายในปีงบประมาณนั้นๆ

ข้อ ๑๓ ให้ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นผู้รักษาการตามระเบียบนี้ ให้มีอำนาจในการวินิจฉัย ติความ ซ้ำขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน และออกประกาศหลักเกณฑ์ต่างๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตามระเบียบนี้

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗



(นางอรพิน จิระพันธุ์วานิช)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี

ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี

เอกสารแนบท้ายระเบียบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี  
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน  
สำหรับผู้ที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ พ.ศ. ๒๕๖๗

\*\*\*\*\*

๑. ตัวอย่างโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ใน  
ระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ตัวอย่างโครงการการจัดสภาพแวดล้อม ฯ

โครงการ ปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้  
ที่มีภาวะพึ่งพิง โดย หน่วยงาน/อปท.....ประจำปี พ.ศ.....

หลักการและเหตุผล

ตามที่ ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์การ ดำเนินงานและบริหาร  
จัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. 2562 ลงวันที่ 10 พฤษภาคม 2562 ข้อ 9 (2) (ค) เพื่อสนับสนุนการ  
ดำเนินการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐานเพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้  
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  
หรือตัดแปลงที่อยู่อาศัยบางส่วนหรือทั้งหมด เพื่อขจัดอุปสรรคหรือจัดให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตในที่อยู่อาศัยนั้นได้  
โดยสะดวกและเหมาะสมกับสภาพความพิการ รวมถึงความปลอดภัยและสุขอนามัย

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

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อดำเนินการปรับสภาพบ้านและที่อยู่อาศัยสำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้เข้าถึง และใช้ประโยชน์ได้
- 1.2 เพื่อลดความเสี่ยงของอันตรายที่จะเกิดขึ้น และป้องกันความพิการซ้ำซ้อน
- 1.3 เพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้รับการฟื้นฟูอย่างถูกต้อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำรง  
ชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ ไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่นหรือเป็นภาระน้อยที่สุด

2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย

คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

3. วิธีการดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม

3.1 ประชาสัมพันธ์การปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการฯ ให้ส่วนราชการในพื้นที่ทราบ เพื่อ เสนอโครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการฯ ในการขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี

3.2 เสนอโครงการผ่านคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพพิจารณาอนุมัติโครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่ อยู่อาศัยสำหรับ ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และออกเยี่ยมบ้านและสอบข้อเท็จจริงกลุ่มเป้าหมาย เพื่อพิจารณา กลุ่มเป้าหมายให้เป็นไปตามประกาศหลักเกณฑ์ของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ และเมื่อพิจารณาแล้วให้สรุปรวบรวมส่ง กองทุน ฟื้นฟูสมรรถภาพ (อาจแนบรายงานการประชุมคณะกรรมการฯ)

3.3 กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ แจ้งผลการพิจารณาอนุมัติเพื่อทำข้อตกลงดำเนินงานร่วมกัน และเบิกจ่าย งบประมาณ ให้ส่วนราชการในพื้นที่เพื่อดำเนินการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ต่อไป

3.4 ดำเนินการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามระเบียบฯ และ รายงานผล การดำเนินงานปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ต่อกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี ภายในระยะเวลาที่กำหนดตามข้อตกลง

รายละเอียดกิจกรรม

1. ห้องน้ำและห้องอาบน้ำ เช่น ติดตั้งราวจับอุปกรณ์พยุงตัว วัสดุปูพื้นและปรับระดับพื้นเรียบ ไม่ลื่น ปรับเปลี่ยน สุขภัณฑ์และอุปกรณ์ที่ถูกสุขอนามัย ปรับแสงสว่างและการระบายอากาศระบบสุขาภิบาลและการระบายน้ำ ที่ดี

2. บันได ติดตั้งราวจับพยุงตัวที่แข็งแรง ราวกันตก จมูกกันลื่น ขยายชั้นลูกนอน และปรับลดระยะขั้นลูก ตั้งไม้ให้ชัน และตั้งเกินไป และปรับชานพัก

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

4. หลังคา ชานบ้าน 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

4. ระยะเวลาดำเนินการ

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

5. งบประมาณ

จากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี จำนวนทั้งสิ้น.....บาท (.....)  
เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายดังนี้.....(ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถ  
ปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ)..

6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ

อบจ. อปท. สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้สูงอายุ หรือองค์กร  
อื่น ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหาร จัดการกองทุนฟื้นฟู  
สมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. 2562 ข้อ 9 (2)

7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 7.1 ลดความเสี่ยงของอันตรายที่จะเกิดขึ้น และป้องกันความพิการซ้ำซ้อน
- 7.2 กลุ่มเป้าหมายตระหนักถึงความสามารถที่เหลืออยู่ และรู้คุณค่าของตนเอง
- 7.3 กลุ่มเป้าหมายสามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น หรือเป็นภาระน้อยที่สุด

ผู้รับผิดชอบโครงการ

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

ตำแหน่ง.....

ผู้เสนอโครงการ

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

ตำแหน่ง.....(ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น)

ผู้ตรวจสอบโครงการ

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

ผู้บังคับบัญชาสูงสุดของหน่วยงาน/นายกเทศมนตรี/นายก อบต.

ผู้เห็นชอบโครงการ

จ.อ.....

(บำรุง วงษ์ภูมิ)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี  
ประธานอนุกรรมการด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต  
กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี

ผู้อนุมัติโครงการ

.....  
(นางอรพิน จิระพันธ์วานิช)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี  
ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี

ตัวอย่างสิ่งส่งมอบตามโครงการ ฯ

รายงานผลการดำเนินงาน โครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ  
ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปี พ.ศ.....

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



ตัวอย่างแบบคำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อม ฯ

แบบคำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ  
ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

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 8)  
 ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน.....รหัสประจำบ้าน □□□□-□□□□□□-□  
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก.....ซอย.....ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
เบอร์โทรศัพท์.....เบอร์ต่อ.....โทรสาร.....

7. สมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย

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

8. ลักษณะที่อยู่อาศัย  บ้านตนเอง  อาศัยผู้อื่นอยู่  บ้านเช่า  อยู่กับผู้จ้าง  ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง  
สภาพที่อยู่อาศัยปัจจุบัน.....

9. ประเภทผู้ประสบปัญหา

- ผู้พิการ ประเภทของความพิการ.....
  - จดทะเบียนคนพิการ เลขบัตรประจำตัวคนพิการ..... ระดับความพิการ.....
  - ไม่ได้จดทะเบียนคนพิการ
- ผู้สูงอายุ
- ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน
- ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

10. ระดับการศึกษา

- ไม่ได้รับการศึกษา/ไม่จบชั้นประถมศึกษา  ประถมศึกษา
- มัธยมศึกษาตอนต้น  มัธยมศึกษาตอนปลาย
- ปวช./เทียบเท่า  ปวส. / อนุปริญญา / เทียบเท่า
- ปริญญาตรี  สูงกว่าปริญญาตรี
- อื่น (ระบุ).....

11. อาชีพ

- ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน  นักเรียน/นักศึกษา  ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว  ภิกษุ/สามเณร/แม่ชี
- เกษตรกร (ทำไร่/นา/สวน/เลี้ยงสัตว์/ประมง)  รับจ้าง  ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ
- พนักงานรัฐวิสาหกิจ  พนักงานบริษัท  อื่นๆ ระบุ.....

12. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท ที่มาของรายได้  ด้วยตนเอง  ผู้อื่นให้

13. ชื่อที่สามารถติดต่อได้.....ความเกี่ยวข้อง.....เบอร์โทรศัพท์.....

14. การได้รับความช่วยเหลือ / สวัสดิการ อุปกรณ์ / เครื่องช่วย ที่เคยได้รับ

- 1. ....จาก.....จำนวน.....ชิ้น
- 2. ....จาก.....จำนวน.....ชิ้น
- 3. ....จาก.....จำนวน.....ชิ้น

15. สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ เลือกตอบได้ (ตอบได้มากกว่า 1 รายการ)

- ไม่มีที่อยู่อาศัย  ไม่มีรายได้  รู้สึกด้อยกว่าผู้อื่น
- ถูกรังเกียจเหยียดหยาม  ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ  ครอบครัวหรือผู้อุปการะมีฐานะยากจน
- ไม่มีโอกาสเรียนหนังสือ  ไม่ได้รับการฝึกอาชีพ  ไม่มีเงินทุนประกอบอาชีพ
- มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ  ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู  มีความลำบากเมื่อออกนอกบ้าน
- ไม่ได้ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนหรือการปรับตัวที่เหมาะสม
- ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน
- เงินไม่พอใช้จ่าย
- ไม่มีคนอุปการะ/ไร้ที่พึ่ง  ไม่มีงานทำ  ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน
- ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง  ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชีวิตประจำวัน

16. ความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง

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

ลงชื่อ.....ผู้บันทึกข้อมูล  
(.....)

ส่วนการตรวจประเมินการปรับสภาพ

ตรวจประเมินวันที่.....

1. ชื่อ-นามสกุลเจ้าหน้าที่.....  
ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....
2. ชื่อ-นามสกุลเจ้าหน้าที่.....  
ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

ความเห็นของผู้ประเมิน (สิ่งที่ควรปรับสภาพที่อยู่อาศัยตามสภาพคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง).....  
.....  
.....

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน (นักกายภาพบำบัด/นักวิชาการสาธารณสุข/พยาบาลวิชาชีพ/  
(.....) หรือสหวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่นั้น ๆ)

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน (นักกายภาพบำบัด/นักวิชาการสาธารณสุข/พยาบาลวิชาชีพ/  
(.....) หรือสหวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่นั้น ๆ)

ตัวอย่างแบบประเมินการปรับสภาพแวดล้อม ฯ

แบบประเมินการปรับสภาพแวดล้อมสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ  
ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ประวัติส่วนบุคคลของผู้รับการประเมิน

- วันที่ออกประเมิน.....
  - คำนำหน้าชื่อ (ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....
  - เลขที่บัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□ กรณีไม่มีเนื่องจาก.....
  - วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี เพศ  ชาย  หญิง
  - สถานภาพ  โสด  สมรสอยู่ด้วยกัน  สมรสแยกกันอยู่  
 หย่าร้าง  ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน  หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)
  - ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  
ชื่อสถานที่.....รหัสประจำบ้าน □□□□-□□□□□□-□  
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก.....ซอย.....ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
เบอร์โทรศัพท์.....เบอร์ต่อ.....โทรสาร.....
  - ที่อยู่ปัจจุบัน  
 ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียน จำนวนผู้อยู่อาศัย.....คน  
(กรณีเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ให้ทำเครื่องหมาย / ใน  และข้ามไปกรอกข้อ 8)  
 ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน.....รหัสประจำบ้าน □□□□-□□□□□□-□  
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก.....ซอย.....ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
เบอร์โทรศัพท์.....เบอร์ต่อ.....โทรสาร.....
  - ลักษณะที่อยู่อาศัย  บ้านตนเอง  อาศัยผู้อื่นอยู่  บ้านเช่า  อยู่กับผู้จ้าง  ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง  
 ชั้นเดียว  สองชั้น ผู้พิการ/ผู้สูงอายุพักชั้น.....
  - ลักษณะห้องน้ำ ราวจับ  มี  ไม่มี  ชักโครก  ส้วมซึม  ผ้าอ้อม  อื่นๆ.....
- สภาพที่อยู่อาศัยและความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง
- พื้นบ้าน / หลังคา / บันได
  - ฝ้าบ้าน / ห้องนอน / ประตู / หน้าต่าง / ระบบไฟฟ้า (สวิตช์ไฟฟ้า / ปลั๊กไฟ / สายไฟ)
  - ห้องน้ำ / ห้องสุขา
  - ระเบียง / ชานบ้าน
  - อื่นๆ (ระบุ).....

10. ประเภทผู้ประสบปัญหา

- ผู้พิการ ประเภทของความพิการ.....
  - จดทะเบียนคนพิการ เลขบัตรประจำตัวคนพิการ..... ระดับความพิการ.....
  - ไม่ได้จดทะเบียนคนพิการ
- ผู้สูงอายุ
- ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน
- ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

11. ระดับการศึกษา

- ไม่ได้รับการศึกษา/ไม่จบชั้นประถมศึกษา  ประถมศึกษา  มัธยมศึกษาตอนต้น
- มัธยมศึกษาตอนปลาย  ปวช./เทียบเท่า  ปวส. / อนุปริญญา / เทียบเท่า
- ปริญญาตรี  สูงกว่าปริญญาตรี  อื่น (ระบุ).....

12. อาชีพ

- ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน  นักเรียน/นักศึกษา  ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว  ภิกษุ/สามเณร/แม่ชี
- เกษตรกร (ทำไร่/นา/สวน/เลี้ยงสัตว์/ประมง)  รับจ้าง  ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ
- พนักงานรัฐวิสาหกิจ  พนักงานบริษัท  อื่นๆ ระบุ.....

13. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท ที่มาของรายได้  ด้วยตนเอง  ผู้อื่นให้

14. ชื่อที่สามารถติดต่อได้.....ความเกี่ยวข้อง.....เบอร์โทรศัพท์.....

15. การได้รับความช่วยเหลือ / สวัสดิการ อุปกรณ์ / เครื่องช่วย ที่เคยได้รับ

- 1. ....จาก.....จำนวน.....ชิ้น
- 2. ....จาก.....จำนวน.....ชิ้น
- 3. ....จาก.....จำนวน.....ชิ้น

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 ( ) เจ้าของบ้าน หรือ

( ) สมาชิกในครอบครัวที่ได้มอบหมายจากเจ้าของบ้านพักอาศัย

เลขที่.....หมู่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

ซึ่งเกี่ยวพันเป็น ( ) บิดา ( ) มารดา ( ) สามี ( ) ภรรยา ( ) บุตร ( ) หลาน ( ) อื่นๆ (ระบุ).....

ของคนพิการ ชื่อ.....นั้น

ขอทำหนังสือฉบับนี้ไว้เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

1. ข้าพเจ้าและครอบครัวได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของการซ่อมแซม / ปรับปรุงบ้านพักอาศัย ให้แก่คนพิการ ตามโครงการฯ ของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

2. ข้าพเจ้าและครอบครัวที่มีความประสงค์และยินยอมให้มีการซ่อมแซม / ปรับปรุงบ้านพักอาศัย หลังนี้ตาม รายการและระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่กำหนดทุกประการ

3. เพื่อให้การดำเนินการซ่อมแซม / ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยด้วยดี ข้าพเจ้าและ บริวารหรือตัวแทนของข้าพเจ้า ชื่อ..... จะอยู่ร่วมมือร่วมแรงและ ช่วยอำนวยความสะดวก ความสะดวกทุกด้านอย่างเต็มกำลังความสามารถแก่คณะทำงานฯ ตลอดระยะเวลาของการ ซ่อมแซม/ ปรับปรุง บ้านพักอาศัยหลัง นี้ โดยไม่เรียกร้องค่าตอบแทนใดๆทั้งสิ้น

4. ในกรณีที่มีสาเหตุสุดวิสัยหรือความเสียหายใดๆเกิดขึ้นในระหว่างการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้โดย ข้าพเจ้าหรือตัวแทนของข้าพเจ้าได้รับรู้ด้วยแล้ว ข้าพเจ้าและครอบครัวจะไม่เรียกร้องค่าเสียหาย และสิทธิใดๆทั้งสิ้นจาก กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่อย่างใด

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

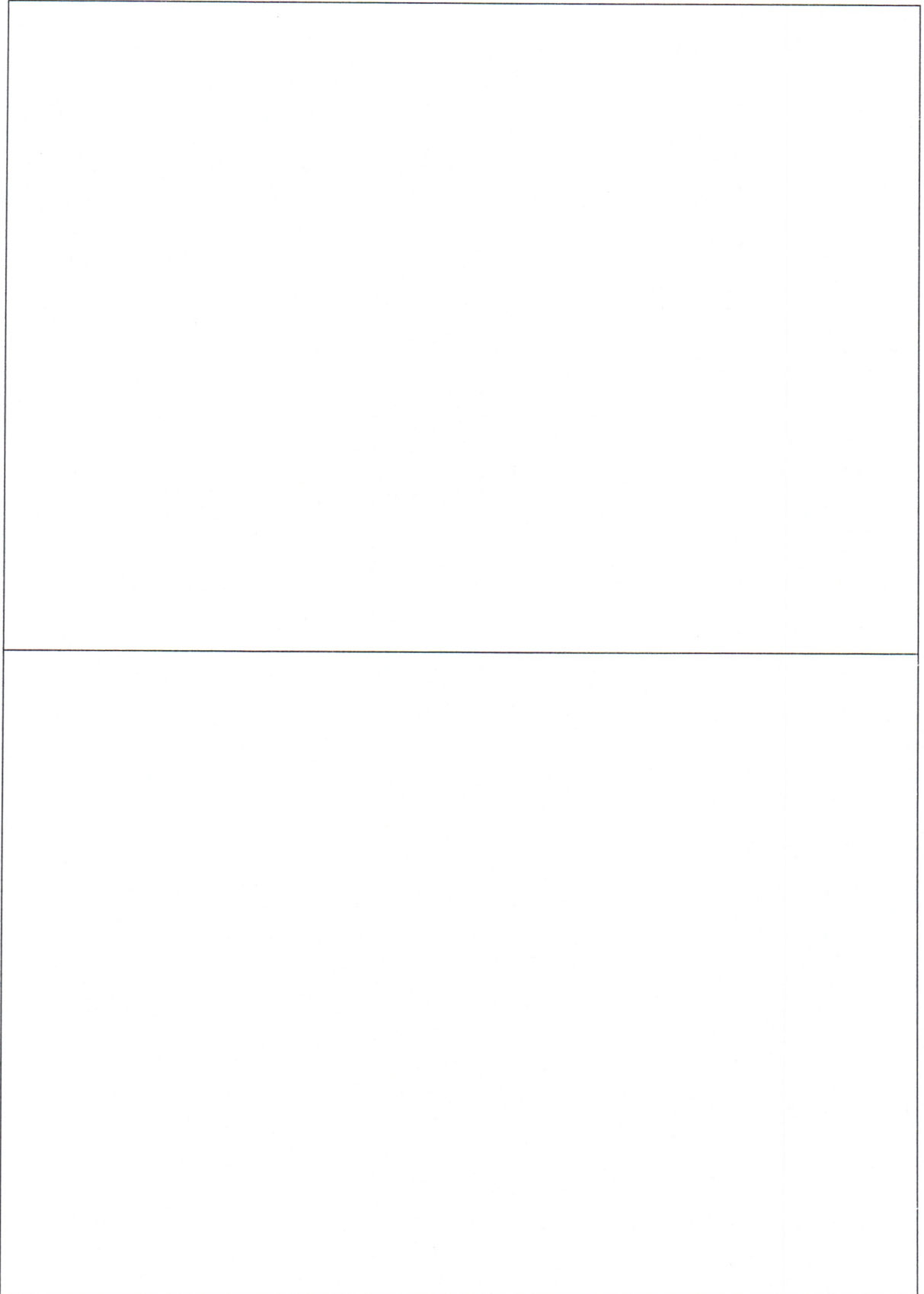
(.....)

หมายเหตุ แนวนเอกสารประกอบได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของบ้านพักอาศัยและ คนพิการในครอบครัว



ตัวอย่างเอกสารประกอบ

ภาพถ่ายสภาพที่อยู่อาศัยภายในและภายนอกบ้าน





ตัวอย่างเอกสารประกอบ

เอกสารหลักฐานประกอบ

1. แบบคำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย (กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกช่อง) จำนวน 1 ชุด
2. รายงานการประชุมคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 1 ชุด
3. แบบประเมินการปรับสภาพแวดล้อม จำนวน 1 ชุด
4. แบบคำขอปรับสภาพแวดล้อม จำนวน 1 ชุด
5. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน 1 ชุด
6. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ถ้ามี) จำนวน 1 ชุด
7. สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ จำนวน 1 ชุด
8. ภาพถ่ายสภาพบ้านหรือบริเวณที่จะดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย จำนวน 1 ชุด
9. หนังสือให้ความยินยอมในการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย จากเจ้าของกรรมสิทธิ์ที่ดิน พร้อมแนบ สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน รับรองสำเนา อย่างละ 1 ชุด (\*\* กรณีเจ้าของที่ดินเสียชีวิต และยังไม่มีการโอน แบ่ง ที่ดินหรือแต่งตั้งผู้จัดการมรดก ให้บุตรทุกคน ภรรยา/สามีเจ้าที่ดิน เช่นในหนังสือยินยอมพร้อมแนบเอกสารทุกคน หากบุตร/ ภรรยา/สามีคนใดเสียชีวิตแล้วก็ให้แนบสำเนาใบมรณะบัตรด้วย)

ตัวอย่างแบบรายงานการปรับสภาพแวดล้อม ฯ

แบบรายงานการปรับสภาพแวดล้อม/ปรับปรุง/ซ่อมแซมที่อยู่อาศัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี

ที่	ชื่อ-สกุล/เลขประจำตัวคนพิการ	อายุ (ปี)	ที่อยู่	ประเภทความพิการ	รายละเอียดการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย	งบประมาณ (บาท)	
						ที่ได้รับ	เบิกจ่าย

\*\*\*หมายเหตุ หากดำเนินการเสร็จสิ้นแล้วให้รีบดำเนินการรายงานให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี ทราบโดยทันที พร้อมภาพถ่ายการดำเนินงาน ก่อน-หลัง การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย