

สำนักงานชุมชน



ที่ นศ ๗๗๐๐๑/๑๗๒

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลท่าไร่
อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช นศ ๘๐๐๐๐

๓) มีนาคม ๒๕๖๗

เรื่อง การสำรวจความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดนครศรีธรรมราช

อ้างถึง หนังสือจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ นศ๐๐๐๕/ว ๗๒๖ ลงวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบคำขอความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

จำนวน ๕ ชุด

ตามที่จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ขอความร่วมมือ ให้องค์การบริหารส่วนตำบลท่าไร่ สำรวจความต้องการของคนพิการที่มีความลำบากยากจนและเป็นกลุ่มเปราะบางซึ่งเข้าไม่ถึงสิทธิและสวัสดิการ ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากรัฐ เช่น อุปกรณ์สำหรับช่วยเหลือคนพิการ (รถเข็นนั่ง รถสามล้อโยก และไม้เท้าขาว) เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตประจำวัน เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างเท่าเทียมกัน และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างบุคคลทั่วไป นั้น

บัดนี้ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าไร่ ได้สำรวจความต้องการดังกล่าวและจึงขอส่งแบบขอรับการสนับสนุนกายอุปกรณ์สำหรับช่วยคนพิการ (รถเข็นนั่ง รถสามล้อโยก และไม้เท้าขาว) มายังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครศรีธรรมราช รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวจรัสศรี อันตระกุล)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าไร่

งานพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม
สำนักงานปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล
โทร.๐๗๕-๕๖๖-๒๖๓-๔
โทรสาร.๐๗๕-๕๖๖-๒๖๓

...../ตรวจ
...../ทราบ
...../ลงนาม

แบบคำขอความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

ลำดับที่...1...

วันที่ 19 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2561

1. ข้อมูลผู้รับบริการ / ผู้ยื่นคำขอแทนคนพิการ ☐ คนพิการ ☒ ผู้ยื่นคำขอแทน

คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่น ๆ) ชื่อ เกศรา นามสกุล จันทก

เลขที่บัตรประชาชน 3 80001 01225 84 6

เกิดวันที่ 1 เดือน 8-8 พ.ศ. 2521 อายุ 46 ปี เพศ ☐ ชาย ☒ หญิง

เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ

ติดต่อขอรับความช่วยเหลือโดย ☐ ตนเอง ☒ญาติ ☐อื่น ๆ ระบุ.....

สถานภาพ ☐ โสด ☒ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐อื่น ๆ ระบุ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน/ที่อยู่จริงปัจจุบัน

ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน ปากทะเล บ้านเลขที่ 102/1 หมู่ที่ 2

ตรอก/ซอย - ตำบล/แขวง ทราย อำเภอบางละมุง

จังหวัด นนทบุรี รหัสไปรษณีย์ 11000 โทรศัพท์บ้าน -

โทรศัพท์มือถือ 095-0813219 โทรสาร -

สภาพที่อยู่อาศัย

☒ มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองและมั่นคงถาวร ☐ มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองแต่ไม่มั่นคงถาวร ☐ อาศัยอยู่กับผู้อื่น

☐ อยู่ในที่ดินบุคคลอื่น ☐ บ้านเช่า ☐ พื้นที่สาธารณะ ☐อื่น ๆ ระบุ.....

อาชีพ

☒ ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน ☐ นักเรียน/นักศึกษา ☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ☐ เกษตรกร ☐ รับจ้าง

☐ ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ ☐ พนักงานของรัฐวิสาหกิจ ☐ พนักงานบริษัท ☐อื่น ๆ ระบุ.....

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

2. ประเภทความพิการ

2.1 จดทะเบียนคนพิการ เมื่อวันที่ 23 พ.ค 2561 วันหมดอายุ 23 ก.ค 2566 จังหวัดที่จดทะเบียน นนทบุรี

☐ พิการทางกาย ☐ พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☒ พิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย

☐ พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ พิการทางสติปัญญา ☐ พิการทางการเรียนรู้ ☐ พิการออทิสติก

☐ พิการซ้ำซ้อน

2.2 ลักษณะความพิการ อ่อนแรงและเกร็งด้านซ้าย ไม่สามารถเดินเองได้

3. ความต้องการอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

- ☒ รถเข็นนั่ง (Wheelchair) ☐ รถสามล้อชนิดมือโยก ☐ ที่นอนลม
☐ เตียงผู้ป่วย (ปรับระดับได้) ☐ ไม่ทำขา ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าไม่เคยได้รับสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยคนพิการจากหน่วยงานใด ๆ หรือเคยได้รับการช่วยเหลือ แต่ปัจจุบันข้าพเจ้าไม่สามารถซ่อมแซมหรือใช้งานได้ตามปกติ

ลงชื่อ เกรียงศักดิ์ ลิ้มพล
(น.ส. เกรียงศักดิ์ ลิ้มพล)
คนพิการ/ผู้ยื่นคำขอแทน

ลงชื่อ จ.อ. [Signature] ผู้รับเรื่อง/สอบข้อ
(อรุณ แก้วจันทร์)
เจ้าพนักงานพัฒนาชุมชนชำนาญงาน
ตำแหน่ง.....
19 / 1 พ.ค. / 2567

หมายเหตุ : กรณีลงลายมือชื่อไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือ หรือนิ้วเท้า หรือทำเครื่องหมายอื่นใดพร้อมมีพยานรับรองอย่างน้อย

ลงชื่อ ส.อ. [Signature] พยาน
(ส.อ. [Signature])

ลงชื่อ ส.อ. [Signature] พยาน
(ส.อ. [Signature])



<https://shorturl.asia/gbzs>

แบบคำขอความต้องการ
รับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

บัตรประจำตัวคนพิการ Thai National Identification Card
for Persons with Disabilities

เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 1801 00117 69 8

ชื่อตัวและชื่อสกุล นายสำอองค์ มีมาก

Name Mr. Samarng
 Last Name Meemak

เกิดวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2506
 Date of Birth 5 Feb 1963

ที่อยู่ 102/1 หมู่ที่ 2 ต.ท่าไผ่ อ.เมืองนครราชสีมา
 จ.นครราชสีมา

ผู้ดูแล 5 8001 01367 70 5
 น.ส.จันทิรา นพทองแก้ว

23 พ.ค. 2566
 วันออกบัตร 25 May 2023 (น.ส.ตราวุฒิต์ พ.ต.ฉัตรราชกิจ)

ตลอดชีพ
 วันบัตรหมดอายุ Lifelong

ประเภทความพิการ 3
 Type of Disability

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
 Department of Empowerment of Persons with Disabilities
 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

- | | | | |
|---|---|---|--|
| 1 | ทางการเห็น
Visual disability | 5 | ทางสติปัญญา
Intellectual disability |
| 2 | ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
Hearing or communication disability | 6 | ทางการเรียนรู้
Learning disability |
| 3 | ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
Physical or locomotion disability | 7 | ทางออทิซึม
Autistic disability |
| 4 | ทางจิตใจหรือพฤติกรรม
Mental or behavioral disability | | |

372154-66

พี่เห่ ลูกน้อย
 แม่ สำอองค์ มีมาก



ใบรับรองแพทย์

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

198 ถ.ราชดำเนิน ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช 80000

วันที่ 15 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

ข้าพเจ้า พญ.อัจฉรี แก้วทอง

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตเลขที่ ว28158 ประจำโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ได้ทำการตรวจร่างกายของ นายสำอองค์ มีมาก

อายุ 61 ปี 10 วัน

HN 1159459

AN

เลขที่บัตรประชาชนเลขที่ 3180100117698

ปรากฏว่าเป็นโรค Stroke,not.specified.as.haemorrhage.or.infarction.[CVA.(เป็นลมหมดสติจากภาวะในสมอง.....

ที่ไม่จัดกลุ่มว่าเป็นจากเลือดออกในสมองหรือเนื้อสมองตายจากการขาดเลือด)].....

มีความเห็น มีอาการอ่อนแรงและเกร็งด้านซ้าย ไม่สามารถเดินเองได้ จำเป็นต้องใช้รถเข็นในการเคลื่อนที่ระยะไกล

หยุดตั้งแต่วันที่ ถึง

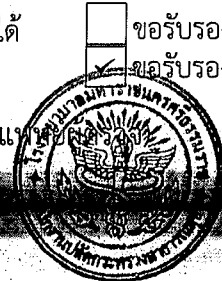
เอกสารฉบับนี้ไม่สามารถนำไปใช้เป็นหลักฐานในการดำเนินคดีทางแพ่ง/อาญาได้

☐ ขอรับรองว่าขณะนี้ป่วยอยู่ที่ รพ. จริง

☒ ขอรับรองว่ามารักษาที่ รพ. จริง

(ลงชื่อ)

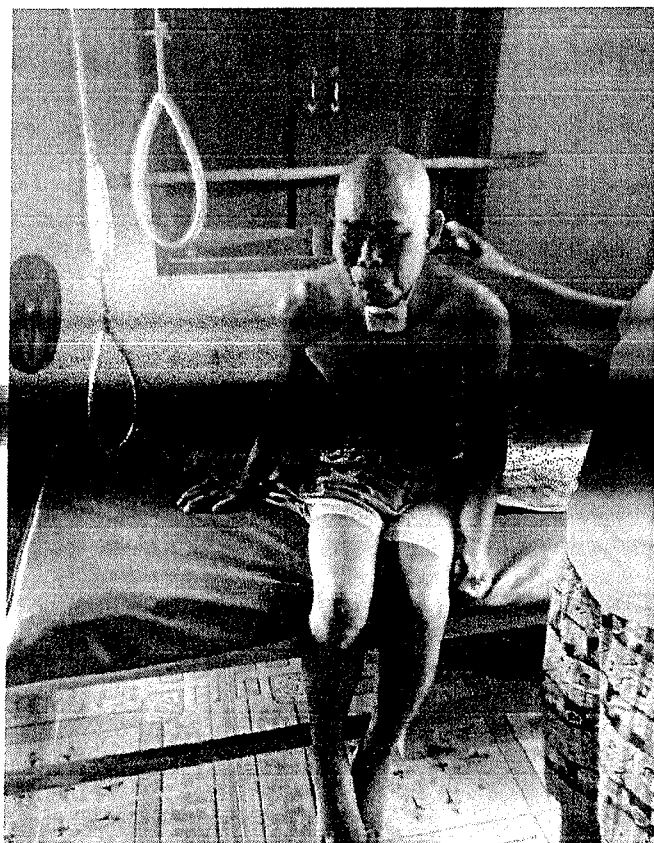
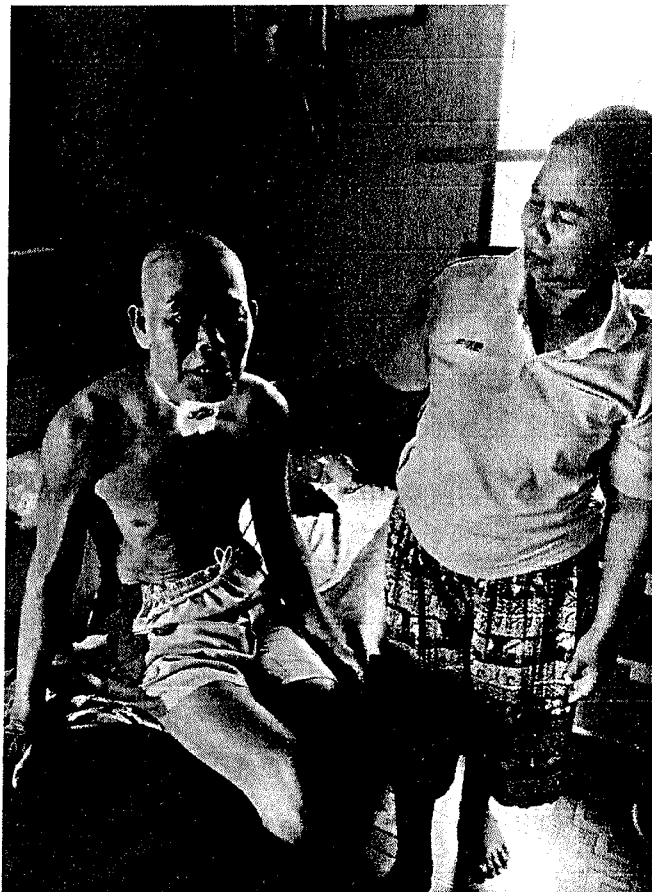
(พญ.อัจฉรี แก้วทอง)



ผู้พิมพ์ : พญ.อัจฉรี แก้วทอง วันที่พิมพ์ : 15 ก.พ. 67 12:22:48

XE-FORM-DOCTOR-CERT-2

นายสำออง มีมาก 102/1 หมู่ที่2 ตำบลท่าไร่ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช



รายละเอียดเอกสารที่ใช้ประกอบการยื่นขอสนับสนุนภายอุปกรณ์

๑. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
๓. ใบรับรองแพทย์ โดยแพทย์มีความเห็นว่าคนพิการมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
(กรณีการระบุความต้องการอุปกรณ์ช่วยคนพิการ ให้ตรงกับสภาพความพิการ)
๔. ภาพถ่ายเต็มตัวของคนพิการที่เป็นคำร้อง

แบบคำขอความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

ลำดับที่... ๒

วันที่ 15 เดือน ก.ย. พ.ศ. 2562

1. ข้อมูลผู้รับบริการ / ผู้ยื่นคำขอแทนคนพิการ ☒ คนพิการ ☐ ผู้ยื่นคำขอแทน

คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่น ๆ) ชื่อ นางกมล นามสกุล จันทร์

เลขที่บัตรประชาชน 3 8001 01970 54 1

เกิดวันที่ 14 เดือน ก.ย. พ.ศ. 2512 อายุ 50 ปี เพศ ☐ ชาย ☒ หญิง

เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พ.ศ.

ติดต่อขอรับความช่วยเหลือโดย ☐ ตนเอง ☒ญาติ ☐ อื่น ๆ ระบุ ภรรยา

สถานภาพ ☐ โสด ☒ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ อื่น ๆ ระบุ

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน/ที่อยู่จริงปัจจุบัน

ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน หมู่บ้าน บ้านเลขที่ 124/2 หมู่ที่ 3

ตรอก/ซอย ... ตำบล/แขวง ... อำเภอ/เขต ...

จังหวัด นครราชสีมา รหัสไปรษณีย์ 30000 โทรศัพท์บ้าน 099 557 9836

โทรศัพท์มือถือ 099-557088 โทรสาร

สภาพที่อยู่อาศัย

☒ มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองและมั่นคงถาวร ☐ มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองแต่ไม่มั่นคงถาวร ☐ อาศัยอยู่กับผู้อื่น

☐ อยู่ในที่ดินบุคคลอื่น ☐ บ้านเช่า ☐ พื้นที่สาธารณะ ☐ อื่น ๆ ระบุ

อาชีพ

☒ ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน ☐ นักเรียน/นักศึกษา ☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ☐ เกษตรกร ☐ รับจ้าง

☐ ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ ☐ พนักงานของรัฐวิสาหกิจ ☐ พนักงานบริษัท ☐ อื่น ๆ ระบุ

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บาท

2. ประเภทความพิการ

2.1 จัดทะเบียนคนพิการเมื่อวันที่ 4-9-62/วันหมดอายุ 3 ก.ย. 2569 จังหวัดที่จัดทะเบียน นครราชสีมา

☐ พิการทางการเห็น ☐ พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☒ พิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย

☐ พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ พิการทางสติปัญญา ☐ พิการทางการเรียนรู้ ☐ พิการออทิสติก

☐ พิการช้าซ้อน

2.2 ลักษณะความพิการ แขนขาข้างซ้าย

ใบรับรองแพทย์

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีธรรมราช

198 ถ.ราชดำเนิน ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช 80000

วันที่ 19 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

ข้าพเจ้า พญ.อัจฉริ แก้วทอง

ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตเลขที่ 8158 ประจำโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีธรรมราช

ได้ทำการตรวจร่างกายของ คุณ น.เดชาวัฒน์

อายุ 54 ปี 5 เดือน 5 วัน

HN 0699414

AN

เลขที่บัตรประชาชนเลขที่ 8000101970541

ปรากฏว่าเป็นโรค Sequelae of cerebrovascular disease... Sequelae of other and unspecified cerebrovascular diseases [CVA, OLD] (ผลที่ตามของโรคหลอดเลือดสมองในสมองอื่นๆ และที่ไม่ได้ระบุรายละเอียด)... มีความเห็นอาการอ่อนแรงซีกขวา จำเป็นต้องใช้รถเข็นในการเดินระยะไกลๆ

หยุดตั้งแต่วันที่

ถึง

เอกสารฉบับนี้ไม่สามารถนำไปใช้เป็นหลักฐานในการดำเนินการด้านแพ่ง/อายุ ☐ ขอรับรองว่าขณะนี้ป่วยอยู่ที่ รพ. จริง ☒ ขอรับรองว่ามารักษาที่ รพ. จริง

(ลงชื่อ)



(แพทย์ผู้ตรวจ)

(พญ.อัจฉริ แก้วทอง)

ผู้พิมพ์ : พญ.อัจฉริ แก้วทอง วันเวลาที่พิมพ์ : 19 ก.พ. 67 14:12:46

XE-FORM-DOCTOR-CERT-2





บัตรประจำตัวคนพิการ ID Card for PWD

3-8001-01970-54-1

ชื่อ นางสาวศุคนธ์

นามสกุล เดชวัฒน์

วัน-เดือน-ปี เกิด 14 กันยายน 2512

ประเภทความพิการ 3

การเคลื่อนไหว

ที่อยู่ 124/2 หมู่ที่ 3 ต.ท่าไร่ อ.เมืองนครศรีธรรมราช จ.นครศรีธรรมราช

วันออกบัตร
4 ก.ย. 2561

วันบัตรหมดอายุ
3 ก.ย. 2569

(นายสมคิด สมศรี)

อธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

เจ้าพนักงานออกบัตร

(ส.น.ม.) ลูกตาสอง

นางสาวศุคนธ์ เดชวัฒน์



80 013977 61 04092561 1

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.)

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.)

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1 = พิจารณาทางการเห็น | 2 = พิจารณาทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย |
| 3 = พิจารณาทางการเคลื่อนไหว | 4 = พิจารณาทางจิตใจ หรือพฤติกรรม |
| หรือทางร่างกาย | 5 = พิจารณาทางสติปัญญา |
| 6 = พิจารณาทางการเรียนรู้ | 7 = พิจารณาทางออกัสติก |

ผู้ดูแลคนพิการ

นายสมชาย เดชวัฒน์

3-8001-01400-62-1

รายการเกี่ยวกับบ้าน

เล่มที่ 1

เลขรหัสประจำบ้าน 8001-068478-6

สำนักทะเบียน อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช

รายการที่อยู่ 124/2 หมู่ที่ 3

ตำบลท่าไร่ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

ชื่อหมู่บ้าน

ชื่อบ้าน

ประเภทบ้าน บ้าน

ลักษณะบ้าน ตึกเดี่ยว 1 ชั้น 1 ห้อง

วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่ 15 มีนาคม 2548

ลงชื่อ

(นางสุธิดา กองเกลี้ยง)

นายทะเบียน

วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 15 มีนาคม 2548

2

เล่มที่ 1

รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน

8001-068478-6

ลำดับที่ 1

ชื่อ นางสาวสุนัน เตชะวัฒน์

สัญชาติ ไทย

เพศ หญิง

เลขประจำตัวประชาชน 3-8001-01970-54-1 สถานภาพ เจ้าบ้าน

เกิดเมื่อ 14 ก.ย. 2512

มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ ผาด

3-8001-01970-47-9 สัญชาติ ไทย

บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ สว่าง

3-8001-01970-46-1 สัญชาติ ไทย

เลขที่ 124 หมู่ที่ 3 ต.ท่าไร่

นายทะเบียน

อ. เมืองนครศรีธรรมราช จ.นครศรีธรรมราช เมื่อ 15 มี.ค. 2548 (นางสุธิดา กองเกลี้ยง)

** ไปที่

นายทะเบียน

รายละเอียดเอกสารที่ใช้ประกอบการเป็นขอสนับสนุนกายอุปกรณ์

๑. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
๓. ใบรับรองแพทย์ โดยแพทย์มีความเห็นว่าคนพิการมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
(กรณีการระบุความต้องการอุปกรณ์ช่วยคนพิการ ให้ตรงกับสภาพความพิการ)
๔. ภาพถ่ายเต็มตัวของคนพิการที่เป็นคำร้อง

แบบคำขอความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

ลำดับที่ 3
วันที่ 8 เดือน 9 พ.ศ. 2567

1. ข้อมูลผู้รับบริการ/ผู้ยื่นคำขอแทนคนพิการ ☐ คนพิการ ☒ ผู้ยื่นคำขอแทน
 คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่น ๆ) ชื่อ ใจริณ นามสกุล อภิสิทธิ์
 เลขที่บัตรประชาชน 3-8401-01383-3-9-1
 เกิดวันที่ 6 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2548 อายุ 89 ปี เพศ ☒ ชาย ☐ หญิง
 เชื้อชาติ ไชย สัญชาติ ไชย ศาสนา พุทธ
 ติดต่อขอรับความช่วยเหลือโดย ☐ ตนเอง ☐ญาติ ☐อื่น ๆ ระบุ ใจริณ
 สถานภาพ ☐โสด ☐สมรส ☒หม้าย ☐หย่าร้าง ☐อื่น ๆ ระบุ ใจริณ
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน/ที่อยู่จริงปัจจุบัน/
 ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน บ้านเลขที่ 20 หมู่ที่ 1
 ตรอก/ซอย 5 ตำบล/แขวง ใจริณ อำเภอ/เขต เมือง
 จังหวัด นครราชสีมา รหัสไปรษณีย์ 30000 โทรศัพท์บ้าน -
 โทรศัพท์มือถือ 062 9985241 โทรสาร -

สภาพที่อยู่อาศัย

☒ มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองและมั่นคงถาวร ☐ มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองแต่ไม่มั่นคงถาวร ☐ อาศัยอยู่กับผู้อื่น
☐ อยู่ในที่ดินบุคคลอื่น ☐ บ้านเช่า ☐ พื้นที่สาธารณะ ☐ อื่น ๆ ระบุ

อาชีพ

☒ ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน ☐ นักเรียน/นักศึกษา ☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ☐ เกษตรกร ☐ รับจ้าง
☐ ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ ☐ พนักงานของรัฐวิสาหกิจ ☐ พนักงานบริษัท ☐ อื่น ๆ ระบุ
 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บาท

2. ประเภทความพิการ

2.1 จดทะเบียนคนพิการ เมื่อวันที่ 22/10/61 วันหมดอายุ 22/10/67 จังหวัดที่จดทะเบียน นครราชสีมา

☐ พิการทางการเห็น ☐ พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☒ พิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย
☐ พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ พิการทางสติปัญญา ☐ พิการทางการเรียนรู้ ☐ พิการออทิสติก
☐ พิการซ้ำซ้อน

2.2 ลักษณะความพิการ 7-8 ขาดแขนขาทั้งสองข้างขาดครึ่งในการเคลื่อนไหว

3. ความต้องการอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

- ☒ รถเข็นนั่ง (Wheelchair) ☐ รถสามล้อชนิดมือโยก ☐ ที่นอนลม
☐ เตียงผู้ป่วย (ปรับระดับได้) ☐ ไม่เท่าขา ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าไม่เคยได้รับสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยคนพิการจากหน่วยงานใด ๆ หรือเคยได้รับการช่วยเหลือ
แต่ปัจจุบันข้าพเจ้าไม่สามารถซ่อมแซมหรือใช้งานได้ตามปกติ

ลงชื่อ.....
(วงษ์วิมล อารมย์ทิพย์)
คนพิการ/ผู้ยื่นคำขอแทน

ลงชื่อ..... จ.อ. [Signature] ผู้รับเรื่อง/สอบข้อเท็จ
(อรุณ แก้วจันทร์)
เจ้าพนักงานพัฒนาชุมชนชำนาญงาน
ตำแหน่ง.....
..... ๙ / ๕ / ๒๕๖๗

หมายเหตุ : กรณีลงลายมือชื่อไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือ หรือนิ้วเท้า หรือทำเครื่องหมายอื่นใดพร้อมมีพยานรับรองอย่างน้อย 2

ลงชื่อ..... [Signature] พยาน
(.....)

ลงชื่อ..... [Signature] พยาน
(.....)



<https://shorturl.asia/gbzsr>

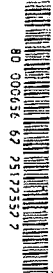
แบบคำขอความต้องการ
รับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ



บัตรประจำตัวคนพิการ Thai National Identification Card
for
เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 8001 01387 39 1

ชื่อตัวและชื่อสกุล

นายเจริญ อักษรสิทธิ์



เกิดวันที่ 6 ตุลาคม 2478

ที่อยู่ 244 หมู่ที่ 4 ต.ท่าไร่ อ.เมืองนครศรีธรรมราช จ.

นครศรีธรรมราช

ผู้ดูแล 3 8013 00481 13 4

น.ส. วัชรทิพย์ อักษรสิทธิ์

22 ต.ค. 2561

วันออกบัตร

Date of issue

(นางชนกานันท์ พรหมสารทอง)

เจ้าหน้าที่ออกบัตร

ตลอดชีพ

วันที่หมดอายุ

Date of expiry

ประเภทความพิการ

Type of Disability

ใบสมัครขอรับบัตรประจำตัวคนพิการ
นายเจริญ อักษรสิทธิ์
เกิดวันที่ 6 ตุลาคม 2478
ที่อยู่ 244 หมู่ที่ 4 ต.ท่าไร่ อ.เมืองนครศรีธรรมราช จ.นครศรีธรรมราช
ผู้ดูแล 3 8013 00481 13 4
น.ส. วัชรทิพย์ อักษรสิทธิ์
22 ต.ค. 2561
วันออกบัตร (นางชนกานันท์ พรหมสารทอง) เจ้าหน้าที่ออกบัตร
ตลอดชีพ
วันที่หมดอายุ
ประเภทความพิการ

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
Department of Empowerment of Persons with Disabilities
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
Ministry of Social Development and Human Security

- | | | | |
|---|---|---|--|
| 1 | ทางการเห็น
Visual disability | 5 | ทางสติปัญญา
Intellectual disability |
| 2 | ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
Hearing or communication disability | 6 | ทางการเรียนรู้
Learning disability |
| 3 | ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
Physical or locomotion disability | 7 | ทางออทิซึม
Autistic disability |
| 4 | ทางจิตใจหรือพฤติกรรม
Mental or behavioral disability | | |

087911-61

รายการเกี่ยวกับบ้าน

เล่มที่ 1

เลขรหัสประจำบ้าน 8001-071770-6

สำนักทะเบียน อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช

รายการที่อยู่ 20 หมู่ที่ 4

ตำบลท่าไร่ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

ชื่อหมู่บ้าน

ชื่อบ้าน

ประเภทบ้าน กระเบื้องบ้านฉั้วคราว

ลักษณะบ้าน บ้านไม้เดี่ยว

วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่ 18 มิถุนายน 2551

ลงชื่อ

นายทะเบียน

(นายสุธีรา กองเกลี้ยง)

วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 18 มิถุนายน 2551

1

เล่มที่ 1
ชื่อ นายเจริญ อักษรสิทธิ์

รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน

8001-071770-6

ลำดับที่ 4

เลขประจำตัวประชาชน 3-8001-01387-39-1

สถานภาพ

สัญชาติ ไทย

เพศ ชาย

มารดาผู้ให้กำเนิด คล้อย

เจ้าบ้าน พ.อ. ศักดิ์

เกิดเมื่อ 6 ต.ค. 2478

บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ เกลื้อน

สัญชาติ ไทย

สัญชาติ ไทย

* มาจาก 244 หมู่ที่ 4 ต.ท่าไร่

นายทะเบียน

อ.เมืองนครศรีธรรมราช จ.นครศรีธรรมราช เมื่อ 28 ธ.ค. 2552 (นางแสงจันทร์ รอดแสง)

** ไปที่

นายทะเบียน



ใบรับรองแพทย์

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
198 ถ.ราชดำเนิน ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช 80000

วันที่ 4 เดือน มีนาคม พ.ศ. 256

ข้าพเจ้าพญ.อัจฉรี แก้วทอง

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตเลขที่ 28158 ประจำโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
ได้ทำการตรวจร่างกายของ นายเจริญ อักษรสิทธิ์ อายุ 88 ปี 4 เดือน 29 วัน

HN 0746137 AN เลขที่บัตรประชาชนเลขที่ 3800101387391
ปรากฏว่าเป็นโรค..... Senility. [SENILE DEBILITY. (ชราภาพ)]

มีความเห็น เห็นควรได้รับรยเขียนแบบนั่งชนิดพับได้ แบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการ

หยุดตั้งแต่วันที่ ถึง
เอกสารฉบับนี้ไม่สามารถนำไปใช้เป็นหลักฐานในการดำเนินคดีทางแพ่ง/อาญา

(ลงชื่อ)..... (พญ.อัจฉรี แก้วทอง) (แพทย์ผู้ตรวจ)
☐ ขอรับรองว่าขณะนี้ผู้ป่วยอยู่ที่ รพ. จริง
☒ ขอรับรองว่ามารักษาที่ รพ. จริง

ผู้พิมพ์: พญ.อัจฉรี แก้วทอง วันเวลาที่พิมพ์: 4 มี.ค. 67 14:14:25



รายละเอียดเอกสารที่ใช้ประกอบการยื่นขอสนับสนุนกายอุปกรณ์

๑. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
๓. ใบรับรองแพทย์ โดยแพทย์มีความเห็นว่าคนพิการมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
(กรณีระบุความต้องการอุปกรณ์ช่วยคนพิการ ให้ตรงกับสภาพความพิการ)
๔. ภาพถ่ายเต็มตัวของคนพิการที่เป็นคำร้อง

แบบคำขอความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

ลำดับที่... 4
วันที่ 7 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2558

1. ข้อมูลผู้รับบริการ / ผู้ยื่นคำขอแทนคนพิการ ☐ คนพิการ ☐ ผู้ยื่นคำขอแทน

คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่น ๆ) ชื่อ กรินทร์ นามสกุล กนกนธน์

เลขที่บัตรประชาชน 3 4 0 0 1 0 1 3 8 8 1 5 0

เกิดวันที่ 13 เดือน พ.ค. พ.ศ. 2494 อายุ ปี เพศ ☒ ชาย ☐ หญิง

เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ

ติดต่อขอรับความช่วยเหลือโดย ☐ ตนเอง ☐ญาติ ☐อื่น ๆ ระบุ

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ อื่น ๆ ระบุ

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน/ที่อยู่จริงปัจจุบัน

ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน บางเขย บ้านเลขที่ 26 หมู่ที่ 4

ตรอก/ซอย ตำบล/แขวง ท่าไผ่ อำเภอ/เขต เมือง

จังหวัด นครราชสีมา รหัสไปรษณีย์ 40000 โทรศัพท์บ้าน

โทรศัพท์มือถือ 041-674317 โทรสาร

สภาพที่อยู่อาศัย

☐ มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองและมั่นคงถาวร ☐ มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองแต่ไม่มั่นคงถาวร ☒ อาศัยอยู่กับผู้อื่น

☐ อยู่ในที่ดินบุคคลอื่น ☐ บ้านเช่า ☐ พื้นที่ดินสาธารณะ ☐ อื่น ๆ ระบุ

อาชีพ

☒ ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน ☐ นักเรียน/นักศึกษา ☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ☐ เกษตรกร ☒ รับจ้าง

☐ ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ ☐ พนักงานของรัฐวิสาหกิจ ☐ พนักงานบริษัท ☐ อื่น ๆ ระบุ

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1500 บาท

2. ประเภทความพิการ

2.1 จดทะเบียนคนพิการ เมื่อวันที่ 11 มิ.ย 2558 รับหมอนอายุ 30 ปี จังหวัดที่จดทะเบียน

☐ พิการทางการเห็น ☐ พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☒ พิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย

☐ พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ พิการทางสติปัญญา ☐ พิการทางการเรียนรู้ ☐ พิการออทิสติก

☐ พิการซ้ำซ้อน

2.2 ลักษณะความพิการ เนื่องจากคนแหว่แขนขาหักซ้ายและเส้น ตุ่มกล้ามเนื้อด้านหลัง
เดินไม่มั่นคง

3. ความต้องการอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

- ☒ รถเข็นนั่ง (Wheelchair) ☐ รถสามล้อชนิดมือโยก ☐ ที่นอนลม
☐ เตียงผู้ป่วย (ปรับระดับได้) ☐ ไม่เท่าขา ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าไม่เคยได้รับสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยคนพิการจากหน่วยงานใด ๆ หรือเคยได้รับการช่วยเหลือ แต่ปัจจุบันข้าพเจ้าไม่สามารถซ่อมแซมหรือใช้งานได้ตามปกติ

ลงชื่อ สุเทพ ภาณุอนันต์ ลงชื่อ จ.อ. ภาณุอนันต์ ผู้รับเรื่อง/สอบข้อเท็จ
(นายสุเทพ ภาณุอนันต์) (อรอน แก้วจันทร์)
คนพิการ/ผู้ยื่นคำขอแทน ตำแหน่ง เจ้าพนักงานพัฒนาชุมชนชำนาญงาน
1 / ส.ค. / 2561

หมายเหตุ : กรณีลงลายมือชื่อไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือ หรือนิ้วเท้า หรือทำเครื่องหมายอื่นใดพร้อมมีพยานรับรองอย่างน้อย 2

ลงชื่อ สุเทพ ภาณุอนันต์
(สุเทพ ภาณุอนันต์)

ลงชื่อ นางสาว ภาณุอนันต์ พยาน
(นางสาว ภาณุอนันต์)



<https://shorturl.asia/gbzsr>

แบบคำขอความช่วยเหลือ
รับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

บัตรประจำตัวคนพิการ Thai National Identification Card
for
เลขประจำตัวประชาชน 3 8001 01388 15 0
ID No. 3 8001 01388 15 0

ชื่อตัวและชื่อสกุล นายสุนทร กาญจนสมบูรณ์
Name Mr. Sontorn
Surname Kanjanasomborn
เกิดวันที่ 13 พฤษภาคม 2494
Date of Birth 13 May 1951
ที่อยู่ 26 หมู่ที่ 1 ต.ท่าไข่ อ.เมืองนครราชสีมา
J. นครราชสีมา
ผู้ดูแล 3 8001 01388 16 9
นายสุนทร กาญจนสมบูรณ์
17 มี.ย. 2565
วันออกบัตร 17 มิ.ย. 2565
Date of issue เจ้าหน้าที่ออกบัตร
ลายเซ็น
วันบัตรหมดอายุ
Date of Expiry
ประเภทความพิการ
3
Type of Disability

364801-64

สำเนาถูกต้อง

นาย สุนทร กาญจนสมบูรณ์

3 8001

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
Department of Empowerment of Persons with Disabilities
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
Ministry of Social Development and Human Security

- | | |
|---|--|
| 1 ทางการเห็น
Visual disability | 5 ทางสติปัญญา
Intellectual disability |
| 2 ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
Hearing or communication disability | 6 ทางการเรียนรู้
Learning disability |
| 3 ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
Physical or locomotion disability | 7 ทางออทิสติก
Autistic disability |
| 4 ทางจิตใจหรือพฤติกรรม
Mental or behavioral disability | |

364801-64

รายการเกี่ยวกับบ้าน

เล่มที่ 1

เลขรหัสประจำบ้าน 8001-071776-5

สำนักทะเบียน อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช

รายการที่อยู่ 26 หมู่ที่ 4

ตำบลท่าไร่ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

ชื่อหมู่บ้าน

ชื่อบ้าน

ประเภทบ้าน ทะเบียนบ้านชั่วคราว

ลักษณะบ้าน บ้านไม้เดี่ยว 1 ชั้น 1 ห้อง

วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่ 18 มิถุนายน 2551

ลงชื่อ

นายทะเบียน

(นางสุธิรา ทองเกลี้ยง)

วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 18 มิถุนายน 2551

1

2

เล่มที่ 1

รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน

8001-071776-5

ลำดับที่ 1

ชื่อ นายสุนทร กาญจนสมบูรณ์

สัญชาติ ไทย

เพศ ชาย

เลขประจำตัวประชาชน 3-8001-01388-15-0 สถานภาพ เจ้าบ้าน

เกิดเมื่อ 13 พ.ค. 2494

มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ เล็ก

สัญชาติ ไทย

บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ กอง

สัญชาติ ไทย

* มาจาก 256 หมู่ที่ 4 ต.ท่าไร่

นายทะเบียน

อ.เมืองนครศรีธรรมราช จ.นครศรีธรรมราช เมื่อ 23 ก.ค. 2551 (นางสุธิรา ทองเกลี้ยง)

** ไปที่

นายทะเบียน

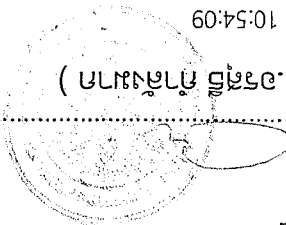
สำเนาถูกต้อง

ส. ๒๖๓๕

กาญจนสมบูรณ์

(พญ.อรุณดี คำสิงห์มาก)

(ลงชื่อ) (แพทย์ผู้ตรวจ)



เอกสารฉบับนี้ไม่สามารถนำไปใช้เพื่อเป็นหลักฐานในการดำเนินการทางแพ่ง/อาญา ☐ ขอรับรองว่าข้อมูลในรายงานที่ส่งมานี้เป็นความจริง

..... ถึง

..... เติมนามสกุล

มีความเห็น มีความจำเป็นที่จะต้องให้ข้อมูลแก่แพทย์ผู้รับทราบ และมีความจำเป็นที่จะต้องให้ข้อมูลแก่แพทย์ผู้รับทราบ

จากประวัติผู้ป่วยโรค ...
HN 1347361 AN เลขที่บัตรประชาชนเลขที่ 3800101388150
ได้ทำการตรวจร่างกายของ นายสุนทร กาญจนสมบุญ อายุ 72 ปี 9 เดือน 25 วัน
ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตเลขที่ 47797 ประจำโรงพยาบาลราชนครินทร์
พญ.อรุณดี คำสิงห์มาก

วันที่ 7 เดือน มีนาคม พ.ศ.

198 ก.ราชดำเนิน ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 80000

โรงพยาบาลราชนครินทร์

ใบรับรองแพทย์





รายละเอียดเอกสารที่ใช้ประกอบการยื่นขอสนับสนุนกายอุปกรณ์

๑. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
๓. ใบรับรองแพทย์ โดยแพทย์มีความเห็นว่าคนพิการมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
(กรณีระบุความต้องการอุปกรณ์ช่วยคนพิการ ให้ตรงกับสภาพความพิการ)
๔. ภาพถ่ายเต็มตัวของคนพิการที่เป็นคำร้อง