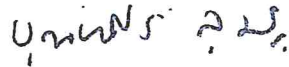


และประกาศคณะอนุกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการให้แก่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการ เรื่อง ประเภท และรายละเอียดของการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ และจัดส่งแบบคำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ ให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดนนทบุรี ภายในวันที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๔ เพื่อจะได้นำเสนอคณะกรรมการพิจารณาการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการพิจารณาต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ - ๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณในความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(นางสาวบุญยวีร์ สุมาตกมลพันธ์)

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรี

ประธานคณะกรรมการพิจารณาการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ จังหวัดนนทบุรี

ฝ่ายเลขานุการคณะทำงานฯ

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด

ผู้ประสานงาน : นางสาวธิตติมา อุ่มบางตลาด

โทร. ๐๒ - ๕๘๘ - ๗๒๓๕

โทรสาร. ๐๒ - ๕๘๘ - ๗๒๓๖

คำขอให้มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ

๑.ชื่อ นาย นาง นางสาว.....นามสกุล.....

เลขที่บัตรประจำตัวคนพิการ ประเภทความพิการ.....

อายุ.....ปี อาชีพ.....

รายได้.....บาท/เดือน/ปี

๒.ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....อีเมล.....

๓.สมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย

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

๔.ลักษณะที่อยู่อาศัย

ของตนเอง อาศัยผู้อื่นอยู่ ระบุ.....

สภาพที่อยู่อาศัยและความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง

พื้นบ้าน / หลังคา / บันได

ฝ้าบ้าน / ห้องนอน / ประตู / หน้าต่าง / ระบบไฟฟ้า (สวิตซ์ไฟฟ้า / ปลั๊กไฟ / สายไฟ)

ห้องน้ำ / ห้องสุขา

ระเบียง / ขานบ้าน

อื่นๆ (ระบุ)

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

อื่น(ระบุ).....

๖.ความคิดเห็นเจ้าหน้าที่

เห็นควรให้ความช่วยเหลือ.....

เห็นควรให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เนื่องจาก.....

ลงชื่อผู้สอบข้อเท็จจริง.....

()

ตำแหน่ง.....

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

- ๑๕.ระดับการศึกษาสูงสุด กำลังศึกษาอยู่ในระดับ โปรรระดับ.....
 ประถมศึกษา (ระบุ).....
 มัธยมศึกษา (ระบุ).....
 อุดมศึกษา (ระบุ).....
 ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)
 ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)
 ไม่ได้เรียน
 อ่านและเขียนหนังสือได้ อ่านได้ แต่เขียนหนังสือไม่ได้
 อ่านและเขียนหนังสือไม่ได้

๑๖.ปัจจุบัน ท่านประกอบอาชีพหรือไม่

- ไม่ได้ประกอบอาชีพ ประกอบอาชีพ

๑๗.กรณี ประกอบอาชีพท่านประกอบอาชีพใด (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

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

๑๘.รายได้ต่อเดือน

- ไม่มีรายได้ เบี้ยยังชีพคนพิการเดือนละ.....บาท
(เลือกได้มากกว่า ๑ รายการ) เงินบำนาญ เดือนละ.....บาท งานอดิเรกเดือนละ.....บาท
 ลูก/หลาน/บิดา/มารดา/ญาติให้เดือนละ.....บาท
 คู่สมรสเดือนละ.....บาท

๑๙.รายจ่ายต่อเดือน (เลือกได้มากกว่า ๑ รายการ)

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

๒๐.ผู้ดูแล (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

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

๒๑.ท่านต้องใช้อุปกรณ์ช่วย หรือไม่

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

ตอนที่ ๒ ข้อมูลการอยู่อาศัย

๒๒.ลักษณะของที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน

- บ้านเดี่ยว บ้านไม้ยกพื้น บ้านสองชั้น/ครึ่งตึกครึ่งไม้
 ทาวน์เฮ้าส์ ตึกแถว ห้องแถว
 บ้านแฝด (พื้นที่..... ตารางวา) อพาร์ทเมนท์ อื่นๆ.....

๒๓. ท่านอยู่อาศัย ณ ที่อยู่ปัจจุบันมาเป็นระยะเวลา.....ปี

๒๔. 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

๒๕. การอยู่บ้านของท่านในช่วงเวลากลางวัน ๘.๐๐-๑๖.๐๐ น. ในวันธรรมดา (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- อยู่คนเดียว อยู่กับคู่สมรส อยู่กับบิดา/มารดา
 อยู่กับลูก/หลาน จำนวน.....คน อยู่กับญาติ จำนวน.....คน
 อยู่กับผู้ดูแล จำนวน.....คน อยู่กับนายจ้าง จำนวน.....คน

๒๖. การอยู่บ้านของท่านในช่วงเวลากลางวัน ๘.๐๐-๑๖.๐๐ น. ในวันหยุด (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- อยู่คนเดียว อยู่กับคู่สมรส อยู่กับบิดา/มารดา
 อยู่กับลูก/หลาน จำนวน.....คน อยู่กับญาติ จำนวน.....คน
 อยู่กับผู้ดูแล จำนวน.....คน อยู่กับนายจ้าง จำนวน.....คน

ตอนที่ ๓ ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

๒๗. กรณีที่ท่านมีบ้าน ๒ ชั้น หรือบ้านไม้ยกพื้น ท่านได้ใช้พื้นที่ใต้ถุนบ้านหรือไม่

- ไม่ใช่
 ใช่ (กิจกรรมที่ทำโปรดเลือกตอบในข้อ ๒๙)

๒๘. กรณีที่ท่านมีบ้าน ๒ ชั้น หรือบ้านไม้ยกพื้น ท่านได้ใช้บันไดในการขึ้น-ลงหรือไม่

- ไม่ใช่
 ใช้บันไดในการขึ้น - ลง โดยมีความถี่
 นานๆครั้ง (เดือนละ ๑-๒ ครั้ง) ๑-๒ ครั้ง/สัปดาห์ ๓ - ๔ ครั้ง/สัปดาห์
 ๑-๒ ครั้ง/วัน ๓ - ๔ ครั้ง/วัน มากกว่า ๔ ครั้ง/วัน

๒๙. ภายในบ้านพักอาศัยของท่าน ท่านทำกิจกรรมใดบ้าง และมีความถี่ของกิจกรรมในระดับใด

กิจกรรม	ความถี่(ครั้ง/สัปดาห์)			ทุกวัน	ระบุสถานที่	ระบุกิจกรรม
	๑ - ๒	๓ - ๔	๕ - ๖			
กิจกรรมการทำงาน/อื่นๆ						
<input type="checkbox"/> ๑.ทำงาน						
<input type="checkbox"/> ๒.ประกอบอาหาร						
<input type="checkbox"/> ๓.ดูแลหลาน						
<input type="checkbox"/> ๔.ดูโทรทัศน์/วิดีโอ/ทีวีดี						
<input type="checkbox"/> ๕.ฟังวิทยุ/ฟังเพลง/ฟังข่าว						
<input type="checkbox"/> ๖.นอนกลางวัน						
<input type="checkbox"/> ๗.นั่งพักผ่อน-ชมวีว						
<input type="checkbox"/> ๘.อ่านหนังสือ						
<input type="checkbox"/> ๙.ทำงานบ้าน						ซักผ้า ทำความสะอาดบ้าน
<input type="checkbox"/> ๑๐.ออกกำลังกาย						
<input type="checkbox"/> ๑๑.งานอดิเรก						
กิจกรรมเยี่ยมเยือน/รับแขก						
<input type="checkbox"/> ๑.เพื่อนบ้านมาเยี่ยม						<input type="checkbox"/> ไม่มี/ไม่ต้องรับแขกในบ้าน
<input type="checkbox"/> ๒.ลูก/หลาน/ญาติ มาเยี่ยม						<input type="checkbox"/> ไม่มี/ไม่ต้องรับแขกในบ้าน
<input type="checkbox"/> ๓.อสม. พยาบาล มาเยี่ยม						<input type="checkbox"/> ไม่มี/ไม่ต้องรับแขกในบ้าน

๓๐. ภายนอกตัวบ้าน (แต่ยังอยู่ในบริเวณที่ดินที่ครอบครอง) ของท่าน ท่านทำกิจกรรมใดบ้าง และมีความถี่ของกิจกรรมในระดับใด

กิจกรรม	ความถี่(ครั้ง/สัปดาห์)			ทุกวัน	ระบุสถานที่	ระบุกิจกรรม
	๑ - ๒	๓ - ๔	๕ - ๖			
กิจกรรมการทำงาน/อื่นๆ						
<input type="checkbox"/> ๑.ทำงาน						
<input type="checkbox"/> ๒.นั่งพักผ่อน-ชมวีว						
<input type="checkbox"/> ๓.อ่านหนังสือ						
<input type="checkbox"/> ๔.พูดคุยกับเพื่อนบ้าน						
<input type="checkbox"/> ๕.ทำงานบ้าน						ซักผ้า ทำความสะอาดบ้าน
<input type="checkbox"/> ๖.ออกกำลังกาย						
<input type="checkbox"/> ๗.อื่นๆ.....						

๓๑. มีกิจกรรมที่ท่านต้องพึ่งพาเพื่อนบ้านหรือไม่

ไม่มี

มี โปรดระบุกิจกรรม

ซื้ออาหาร/สิ่งของ

ชำระค่าเช่า/ค่าสาธารณูปโภค เช่น ค่าน้ำ ค่าไฟ

พาไปหาหมอ

อื่นๆ (ระบุ).....

๓๒. การดูแลร่างกายของท่าน (เลือกตอบได้หลายข้อ)

การบ้วนปาก วันละ.....ครั้ง

การแปรงฟัน วันละ.....ครั้ง

การอาบน้ำ วันละ.....ครั้ง

การสระผม สัปดาห์ละ.....ครั้ง

การเปลี่ยนเสื้อผ้า วันละ.....ครั้ง

การตรวจสุขภาพประจำปี ปีละ.....ครั้ง

๓๓.ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านได้รับบาดเจ็บจากสาเหตุต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- หกล้ม จำนวน.....ครั้ง/ปี
- ตกบันได จำนวน.....ครั้ง/ปี
- กรณีที่เคยหกล้ม/หรือตกบันได สาเหตุเกิดจาก
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> สะดุดสิ่งของที่วางเกะกะ | <input type="checkbox"/> พื้นผิวมีลักษณะขรุขระไม่เรียบหรือมีของสูงทำให้สะดุด |
| <input type="checkbox"/> ลื่นจากพื้นที่เปียก และ | <input type="checkbox"/> บริเวณที่เกิดเหตุมืด /ไม่สว่าง/ไม่มีไฟ |
| <input type="checkbox"/> แขนขาอ่อนแรงไปเรื่อยๆ | <input type="checkbox"/> สัตว์เลี้ยง เช่น แมว/สุนัขวิ่งชนหรือขวางทางเดิน |
| <input type="checkbox"/> หนามมีด/เวียนศีรษะ/เป็นลม | <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... |
- จากยานพาหนะจำนวน.....ครั้ง/ปี
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> รถยนต์จำนวน.....ครั้ง/ปี | <input type="checkbox"/> จักรยานยนต์จำนวน.....ครั้ง/ปี |
| <input type="checkbox"/> จักรยานยนต์จำนวน.....ครั้ง/ปี | <input type="checkbox"/> พาหนะอื่นๆ.....จำนวน.....ครั้ง/ปี |
- กินยาผิดจำนวน.....ครั้ง/ปี
- ของมีคมบาดจำนวน.....ครั้ง/ปี
- ไม่เคยได้รับบาดเจ็บเลย

๓๔.สถานที่ที่ทำให้ท่านได้รับอุบัติเหตุ/หกล้ม/ตกบันได

- ไม่เคยได้รับบาดเจ็บเลย
- ได้รับบาดเจ็บในบ้าน
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ห้องน้ำ/ห้องอาบน้ำ จำนวน.....ครั้ง | <input type="checkbox"/> ห้องครัว จำนวน.....ครั้ง |
| <input type="checkbox"/> ห้องนั่งเล่น จำนวน.....ครั้ง | <input type="checkbox"/> ห้องนอน จำนวน.....ครั้ง |
| <input type="checkbox"/> ซานบ้าน/ระเบียงบ้าน จำนวน.....ครั้ง | <input type="checkbox"/> บันได จำนวน.....ครั้ง |
| <input type="checkbox"/> ใต้ถุนบ้าน จำนวน.....ครั้ง | <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... |
- ได้รับบาดเจ็บภายนอกบ้าน
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ทางเดินเข้าบ้าน จำนวน.....ครั้ง | <input type="checkbox"/> โรงจอดรถ จำนวน.....ครั้ง |
| <input type="checkbox"/> บริเวณสนาม ส่วนที่พักผ่อน เช่นสวนปลูกต้นไม้ จำนวน.....ครั้ง | |
| <input type="checkbox"/> สถานที่อื่นๆ ที่ไม่ใช่บ้าน (ระบุเช่น ถนน ลานวัด)..... | |

๓๕.ท่านเลี้ยงสัตว์หรือไม่

- ไม่เลี้ยง
- เลี้ยงสัตว์ (ระบุชนิดสัตว์).....เลี้ยงบริเวณ.....

๓๖.ท่านปลูกพืช /ดูแลสวน /ต้นไม้ในบริเวณบ้านหรือที่พักอาศัยของท่านหรือไม่

- ไม่ทำ
- ทำ บริเวณ.....

ตอนที่ ๔ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการอยู่อาศัยในปัจจุบัน

๓๗.ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับลักษณะทางเดินภายในบ้าน

- เหมาะสมแล้ว ควรปรับปรุง (ระบุ).....

๓๘.สภาพปัจจุบันมีการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง การจัดสวนพื้นที่ใช้สอยใหม่หรือไม่ (สังเกต+สัมภาษณ์)

- ไม่มี เพราะ.....
- มี สาเหตุของการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลงคือ

- ภาวะทางสุขภาพ (ความพิการ) ต้องการความเป็นส่วนตัว อื่นๆ (ระบุ).....

๓๙.สภาพปัจจุบันมีการต่อเติมชั้นลอย/เพิ่มพื้นที่ใช้สอยหรือไม่ (สังเกต+สัมภาษณ์)

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

๔๐. วัสดุปูพื้นของพื้นที่ต่อไปนี้

พื้นที่	ไม่มีพื้นที่นี้	วัสดุปูพื้น					
		ปูน(วัสดุเดิม)	ไม้	เสื่อน้ำมัน	กระเบื้อง/โมเสก	กระเบื้องยาง	อื่นๆ (ระบุ)...
๑ ห้องนอน							
๒ ห้องนั่งเล่น							
๓ ห้องครัว							
๔ ชานบ้าน/ระเบียง							
๕ ห้องน้ำ							
๖ โรงจอดรถ							

๔๑. สภาพปัจจุบันมีการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง อุปกรณ์ประกอบอาคารหรือไม่

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

๔๒. ขนาดของบ้านของท่านเป็นอย่างไร

- ขนาดกว้างใหญ่เกินไป ขนาดพอดี ขนาดคับแคบเกินไป

๔๓. ในบ้านของท่านได้รับแสงสว่างธรรมชาติเพียงพอหรือไม่ อย่างไร

- แสงสว่างมากเกินไป แสงสว่างพอดี แสงสว่างไม่เพียงพอ

๔๔. ในบ้านของท่านมีการระบายอากาศดีหรือไม่ อย่างไร

- ระบายอากาศดี ระบายอากาศไม่ดี

๔๕. ในบ้านของท่านมีกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่ อย่างไร

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

๔๖. ในบ้านของท่านมีเสียงรบกวนหรือไม่ อย่างไร

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

๔๗. ในบ้านของท่านมีบันไดขึ้น-ลงสะดวกหรือไม่ อย่างไร

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

๔๘. พื้นที่ใช้สอยของท่านมีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร

มีความเหมาะสม

ไม่มีความเหมาะสม ในพื้นที่ (โปรดระบุสาเหตุ)

ห้องนอน เพราะ.....

ห้องนั่งเล่น เพราะ.....

ห้องครัว เพราะ.....

ซานบ้าน/ระเบียง เพราะ.....

ห้องน้ำ เพราะ.....

โรงจอดรถ เพราะ.....

ทางเดิน เพราะ.....

พื้นที่รอบบ้าน เพราะ.....

อื่นๆ (ระบุ).....เพราะ.....

๔๙. พื้นที่ภายนอกบ้านควรมีการปรับปรุงหรือไม่ อย่างไร

ไม่ต้องปรับปรุงใดๆ

ควรปรับปรุงทางเดินให้มีความสะดวกและสวยงาม

เพิ่มหลังคาคลุมกันแดดและฝนตามทางเดิน

เพิ่มต้นไม้ที่ให้ร่มเงา

เพิ่มไม้ประดับที่ให้ความสวยงาม

มีแปลงปลูกต้นไม้/ผักสวนครัว

๕๐. ท่านพบปัญหาในเขตบ้านของท่านหรือไม่ อย่างไร

ไม่พบปัญหา

พบปัญหา

น้ำท่วมขัง

ยุง

อื่นๆ (ระบุ).....

(ลงชื่อ).....ผู้สอบข้อเท็จจริง

(.....)

วันที่.....

๘
ภาพถ่ายสภาพที่อยู่อาศัยภายในและภายนอกบ้าน

หนังสือให้ความยินยอมในการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ

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/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้ตามรายการและระยะเวลา
ที่เจ้าหน้าที่กำหนดทุกประการ

๓.เพื่อให้การดำเนินการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยด้วยดี

ข้าพเจ้าและบริวารหรือตัวแทนของข้าพเจ้า ชื่อ.....จะอยู่ร่วมมือร่วมแรงและช่วยอำนวยความสะดวกทุกด้านอย่างเต็มที่
กำลังความสามารถแก่คณะทำงานฯ ตลอดระยะเวลาของการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้ โดยไม่
เรียกร้องค่าตอบแทนใดๆทั้งสิ้น

๔.ในกรณีที่มีสาเหตุสุจริตหรือความเสียหายใดๆ เกิดขึ้นในระหว่างการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้โดยที่ข้าพเจ้าหรือ
ตัวแทนของข้าพเจ้าได้รับรู้ด้วยแล้ว ข้าพเจ้าและครอบครัวจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายหรือสิทธิใดๆ ทั้งสิ้นจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและ
ความมั่นคงของมนุษย์และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่อย่างใด

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

หมายเหตุ แบนเอกสารประกอบได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของบ้านพักอาศัย
และคนพิการในครอบครัว

