

นางสาวลิษา นิ่มรัตน์
นางสาวลิษา นิ่มรัตน์
31 มี.ค. 2567

รองสวัสดิการสังคม
เลขที่ 90
วันที่ 30 มี.ค. 2567
เวลา 15:25

สำนักงานเทศบาลเมืองบางกรวย
เลขรับ 503
วันที่ 30.03.67
เวลา 15.30 น.



ด่วนที่สุด

ที่ นบ ๐๐๐๕๖/๕๖

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
จังหวัดนนทบุรี ถนนรัตนาธิเบศร์ นบ ๑๑๐๐๐

๓๐ มกราคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความร่วมมือสำรวจความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

เรียน นายกเทศมนตรีและนายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบคำขอความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรี ได้รับการประสานจากกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ขอความร่วมมือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์บูรณาการทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสำรวจความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ เช่น รถเข็นนั่ง (Wheelchair) รถสามล้อโยก หรือไม้เท้าขาว เป็นต้น เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาให้ความช่วยเหลือ คนพิการ

ในการนี้ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรี จึงขอความร่วมมือมายังท่าน สำรวจความต้องการของคนพิการ ที่มีความประสงค์ขอรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ เช่น รถเข็นนั่ง (Wheelchair) รถสามล้อโยก หรือไม้เท้าขาว เป็นต้น และขอความกรุณาส่งแบบคำขอความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ กลับมายังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรี ภายในวันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ ทาง E-Mail:dsc.nonthaburi@gmail.com รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณในความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

นางสาว

(นางสาวบุญยวีร์ ลูมาตกมลพันธ์)

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรี

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด

ผู้ประสานงาน : นางสาวลลิตา นิยมรัตน์

โทรศัพท์ ๐๒ ๕๘๐ ๕๒๑๑ - ๓ โทรสาร กต ๒๑

e-mail:dsc.nonthaburi@gmail.com

“จังหวัดนนทบุรี เป็นเมืองน่าอยู่ (Livable City)”



แบบคำขอความต้องการรับอุปการะช่วยคนพิการ

ลำดับที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

1. ข้อมูลผู้รับบริการ / ผู้ยื่นคำขอแทนคนพิการ คนพิการ ผู้ยื่นคำขอแทน

คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่น ๆ.....) ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขที่บัตรประชาชน ---

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง

เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

ติดต่อขอรับความช่วยเหลือโดย ตนเอง ญาติ อื่น ๆ ระบุ.....

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

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน/ที่อยู่จริงปัจจุบัน

ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

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

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....

สภาพที่อยู่อาศัย

มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองและมั่นคงถาวร มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองแต่ไม่มั่นคงถาวร อาศัยอยู่กับผู้อื่น

อยู่ในที่ดินบุคคลอื่น บ้านเช่า พื้นที่สาธารณะ อื่น ๆ ระบุ.....

อาชีพ

ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน นักเรียน/นักศึกษา ค่าขาย/ธุรกิจส่วนตัว เกษตรกร รับจ้าง

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

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

2. ประเภทความพิการ

2.1 จดทะเบียนคนพิการ เมื่อวันที่.....วันหมดอายุ.....จังหวัดที่จดทะเบียน.....

พิการทางการเห็น พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย พิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย

พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม พิการทางสติปัญญา พิการทางการเรียนรู้ พิการออทิสติก

พิการซ้ำซ้อน

2.2 ลักษณะความพิการ.....

3. ความต้องการอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

- รถเข็นนั่ง (Wheelchair) รถสามล้อชนิดมือโยก ที่นอนลม
 เตียงผู้ป่วย (ปรับระดับได้) ไม้เท้าขาว อื่น ๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าไม่เคยได้รับสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยคนพิการจากหน่วยงานใด ๆ หรือเคยได้รับการช่วยเหลือแล้ว แต่ปัจจุบันข้าพเจ้าไม่สามารถซ่อมแซมหรือใช้งานได้ตามปกติ

ลงชื่อ.....
(.....)
คนพิการ/ผู้ยื่นคำขอแทน

ลงชื่อ.....ผู้รับเรื่อง/สอบข้อเท็จจริง
(.....)
ตำแหน่ง.....
...../...../.....

หมายเหตุ : กรณีลงลายมือชื่อไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือ หรือนิ้วเท้า หรือทำเครื่องหมายอื่นใดพร้อมมีพยานรับรองอย่างน้อย 2 คน

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)



<https://shorturl.asia/gbzsrf>

แบบคำขอความต้องการ
รับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ