

**คำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ ผู้สูงอายุ
และผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
โดย กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ จังหวัดสตูล**

1. ชื่อ นาย นาง นางสาว..... นามสกุล.....
 เลขที่บัตรประจำตัวคนพิการ/เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
 อายุ.....ปี อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน/ปี
2. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด สตูล
 โทรศัพท์.....อีเมล.....
3. สมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย

ที่	ชื่อ-นามสกุล	อายุ	อาชีพ	การศึกษา	สุขภาพ	รายได้ต่อเดือน	หมายเหตุ

4. ลักษณะที่อยู่อาศัย
 ของตนเอง อาศัยผู้อื่นอยู่ ระบุ.....
- สภาพที่อยู่อาศัยและความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง
 พื้นบ้าน / หลังคา / บันได
 ฝ้าบ้าน / ห้องนอน / ประตู / หน้าต่าง / ระบบไฟฟ้า (สวิตซ์ไฟฟ้า / ปลั๊กไฟ / สายไฟ)
 ห้องน้ำ / ห้องสุขา
 ระเบียง / ชานบ้าน
 อื่นๆ (ระบุ)
5. ลักษณะการครอบครองที่ดิน
 ที่ดินของตนเอง ที่ดินเช่าจาก (ระบุ).....
 อื่นๆ (ระบุ).....
6. ความคิดเห็นเจ้าหน้าที่
 เห็นควรให้ความช่วยเหลือ.....
 เห็นควรให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เนื่องจาก.....

ลงชื่อผู้สอบข้อเท็จจริง.....
 ()
 ตำแหน่ง.....
 วันที่...../...../.....

แบบรายงานการสอบสภาพครอบครัวคนพิการ ผู้สูงอายุ
และผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
โดย กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ จังหวัดสตูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ-สกุล.....
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด มหาสารคาม
โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....
2. เพศ ชาย หญิง
3. อายุ (เต็ม)ปี
4. สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่
5. คู่สมรส เป็นคนพิการหรือไม่
 เป็น ไม่เป็น
6. จำนวนบุตร
 ไม่มี มีบุตร จำนวน.....คน เป็นชาย.....คน หญิง.....คน
7. สมาชิกในครอบครัวที่พักอาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบัน (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
 อยู่คนเดียว คู่สมรส ลูก/หลาน ญาติ เพื่อน ผู้ดูแล อื่นๆ.....
รวมทั้งสิ้น.....คน
8. ประเภทของความพิการ ความพิการทางการเห็น
 ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
 ความพิการทางสติปัญญา
 ความพิการทางการเรียนรู้
 ออทิสติก
9. มีลักษณะความพิการอื่นๆ หรือไม่
 ไม่มี มี โปรดระบุ.....
10. ท่านเป็นสมาชิกองค์การคนพิการหรือไม่
 ไม่เป็น เป็น โปรดระบุชื่อองค์กร.....
11. ท่านมีเอกสารสำคัญต่อไปนี้หรือไม่
 - 11.1 ชื่อในทะเบียนบ้าน ไม่มี มี
 - 11.2 บัตรประชาชน ไม่มี มีระบุเลขรหัสประจำตัวประชาชน.....
 - 11.3 สมุดหรือประจำตัวคนพิการ ไม่มี มี

12. ลักษณะสุขภาพโดยรวม

- แข็งแรงมาก ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่ค่อยแข็งแรง ต้องการการดูแลบ้าง
 ไม่แข็งแรง ต้องการการดูแลเป็นส่วนใหญ่ อ่อนแอ ต้องการการดูแลตลอดเวลา

13. โรคประจำตัว

- ไม่มี มี โปรดระบุ.....

14. การนับถือศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆ (ระบุ).....

15. ระดับการศึกษาสูงสุด

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

16. ปัจจุบัน ท่านประกอบอาชีพหรือไม่

- ไม่ได้ประกอบอาชีพ ประกอบอาชีพ

17. กรณี ประกอบอาชีพท่านประกอบอาชีพใด (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

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

18. รายได้ต่อเดือน (เลือกได้มากกว่า 1 รายการ)

- ไม่มีรายได้ เบี้ยยังชีพคนพิการเดือนละ.....บาท
 เงินบำนาญ เดือนละ.....บาท งานอดิเรกเดือนละ.....บาท
 ลูก/หลาน/บิดา/มารดา/ญาติให้เดือนละ.....บาท
 คู่สมรสเดือนละ.....บาท

19. รายจ่ายต่อเดือน (เลือกได้มากกว่า 1 รายการ)

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

20. ผู้ดูแล (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

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

21. ท่านต้องใช้อุปกรณ์ช่วยหรือไม่

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

ตอนที่ 2 ข้อมูลการอยู่อาศัย

22. ลักษณะของที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน

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

23. ท่านอยู่อาศัย ณ ที่อยู่ปัจจุบันมาเป็นระยะเวลา.....ปี

24. 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

25. การอยู่บ้านของท่านในช่วงเวลากลางวัน 8.00-16.00 น. ในวันธรรมดา (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

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

26. การอยู่บ้านของท่านในช่วงเวลากลางวัน 8.00-16.00 น. ในวันหยุด (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

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

ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

27.กรณีที่ท่านมีบ้าน 2 ชั้น หรือบ้านไม้ยกพื้น ท่านได้ใช้พื้นที่ใต้ถุนบ้านหรือไม่

- ไม่ใช่
 ใช่ (กิจกรรมที่ทำโปรดเลือกตอบในข้อ 29)

28.กรณีที่ท่านมีบ้าน 2 ชั้น หรือบ้านไม้ยกพื้น ท่านได้ใช้บันไดในการขึ้น-ลงหรือไม่

- ไม่ใช่
 ใช้บันไดในการขึ้น – ลง โดยมีความถี่
- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> นานๆครั้ง (เดือนละ1-2 ครั้ง) | <input type="checkbox"/> 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ | <input type="checkbox"/> 3 - 4 ครั้ง/สัปดาห์ |
| <input type="checkbox"/> 1-2 ครั้ง/วัน | <input type="checkbox"/> 3 - 4 ครั้ง/วัน | <input type="checkbox"/> มากกว่า 4 ครั้ง/วัน |

29.ภายในบ้านพักอาศัยของท่าน ท่านทำกิจกรรมใดบ้าง และมีความถี่ของกิจกรรมในระดับใด

กิจกรรม	ความถี่(ครั้ง/สัปดาห์)			ทุก วัน	ระบุสถานที่	ระบุกิจกรรม
	1-2	3-4	5-6			
กิจกรรมการทำงาน/อื่นๆ <input type="checkbox"/> 1.ทำงาน						
<input type="checkbox"/> 2.ประกอบอาหาร						
<input type="checkbox"/> 3.ดูแลหลาน						
<input type="checkbox"/> 4.ดูโทรทัศน์/วิดีโอ/ทีวีดี						
<input type="checkbox"/> 5.ฟังวิทยุ/ฟังเพลง/ฟังข่าว						
<input type="checkbox"/> 6.นอนกลางวัน						
<input type="checkbox"/> 7.นั่งพักผ่อน-ชมวีว						
<input type="checkbox"/> 8.อ่านหนังสือ						
<input type="checkbox"/> 9.ทำงานบ้าน						ซักผ้า ทำความสะอาดบ้าน
<input type="checkbox"/> 10.ออกกำลังกาย						
<input type="checkbox"/> 11.งานอดิเรก						
กิจกรรมเยี่ยมเยือน/รับแขก <input type="checkbox"/> 1.เพื่อนบ้านมาเยี่ยม						<input type="checkbox"/> ไม่มี/ไม่ต้องรับแขกในบ้าน
<input type="checkbox"/> 2.ลูก/หลาน/ญาติ มาเยี่ยม						<input type="checkbox"/> ไม่มี/ไม่ต้องรับแขกในบ้าน
<input type="checkbox"/> 3.อสม. พยาบาล มาเยี่ยม						<input type="checkbox"/> ไม่มี/ไม่ต้องรับแขกในบ้าน

30. ภายนอกตัวบ้าน (แต่ยังอยู่ในบริเวณที่ดินที่ครอบครอง) ของท่าน ท่านทำกิจกรรมใดบ้าง และมีความถี่ของกิจกรรมในระดับใด

กิจกรรม	ความถี่(ครั้ง/สัปดาห์)			ทุกวัน	ระบุสถานที่	ระบุกิจกรรม
	1-2	3-4	5-6			
กิจกรรมการทำงาน/อื่นๆ <input type="checkbox"/> 1.ทำงาน						
<input type="checkbox"/> 2.นั่งพักผ่อน-ชมวีว						
<input type="checkbox"/> 3.อ่านหนังสือ						
<input type="checkbox"/> 4.พูดคุยกับเพื่อนบ้าน						
<input type="checkbox"/> 5.ทำงานบ้าน						ซักผ้า ทำความสะอาดบ้าน
<input type="checkbox"/> 6.ออกกำลังกาย						
<input type="checkbox"/> 7.อื่นๆ.....						

31. มีกิจกรรมที่ท่านต้องพึ่งพาเพื่อนบ้านหรือไม่

ไม่มี

มี โปรดระบุกิจกรรม

ซื้ออาหาร/สิ่งของ

ชำระค่าเช่า/ค่าสาธารณูปโภค เช่น ค่าน้ำ ค่าไฟ

พาไปหาหมอ

อื่นๆ (ระบุ).....

32. การดูแลร่างกายของท่าน (เลือกตอบได้หลายข้อ)

การบ้วนปาก วันละ.....ครั้ง

การแปรงฟัน วันละ.....ครั้ง

การอาบน้ำ วันละ.....ครั้ง

การสระผม สัปดาห์ละ.....ครั้ง

การเปลี่ยนเสื้อผ้า วันละ.....ครั้ง

การตรวจสุขภาพประจำปี ปีละ.....ครั้ง

33. ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านได้รับบาดเจ็บจากสาเหตุต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบไม่มากกว่า 1 ข้อ)

หกล้ม จำนวน.....ครั้ง/ปี

ตกบันได จำนวน.....ครั้ง/ปี

กรณีที่เคยหกล้ม/หรือตกบันได สาเหตุเกิดจาก

สะดุดสิ่งของที่วางเกะกะ

พื้นผิวมีลักษณะขรุขระไม่เรียบหรือมีของสูงทำให้สะดุด

ลื่นจากพื้นเปียก แฉะ

บริเวณที่เกิดเหตุมืด /ไม่สว่าง/ไม่มีไฟ

แขนขาอ่อนแรงไปเฉยๆ

สัตว์เลี้ยง เช่น แมว/สุนัขวิ่งชนหรือขวางทางเดิน

หน้ามืด/เวียนศีรษะ/เป็นลม

อื่นๆ (ระบุ).....

จากยานพาหนะจำนวน.....ครั้ง/ปี

รถยนต์จำนวน.....ครั้ง/ปี

จักรยานยนต์จำนวน.....ครั้ง/ปี

จักรยานยนต์จำนวน.....ครั้ง/ปี

พาหนะอื่นๆ.....จำนวน.....ครั้ง/ปี

กินยาผิดจำนวน.....ครั้ง/ปี

ของมีคมบาดจำนวน.....ครั้ง/ปี

ไม่เคยได้รับบาดเจ็บเลย

34. สถานที่ที่ทำให้ท่านได้รับอุบัติเหตุ/หกล้ม/ตกบันได

ไม่เคยได้รับบาดเจ็บเลย

ได้รับบาดเจ็บในบ้าน

ห้องน้ำ/ห้องอาบน้ำ จำนวน.....ครั้ง ห้องครัว จำนวน.....ครั้ง

ห้องนั่งเล่น จำนวน.....ครั้ง ห้องนอน จำนวน.....ครั้ง

ชานบ้าน/ระเบียงบ้าน จำนวน.....ครั้ง บันได จำนวน..... ครั้ง

ใต้ถุนบ้าน จำนวน.....ครั้ง อื่นๆ (ระบุ).....

ได้รับบาดเจ็บภายนอกบ้าน

ทางเดินเข้าบ้าน จำนวน.....ครั้ง โรงจอดรถ จำนวน.....ครั้ง

บริเวณสนาม ส่วนที่พักผ่อน เช่นสวนปลูกต้นไม้ จำนวน.....ครั้ง

สถานที่อื่นๆ ที่ไม่ใช่บ้าน (ระบุเช่น ถนน ลานวัด).....

35. ท่านเลี้ยงสัตว์หรือไม่

ไม่เลี้ยง

เลี้ยงสัตว์ (ระบุชนิดสัตว์).....เลี้ยงบริเวณ.....

36. ท่านปลูกพืช /ดูแลสวน /ต้นไม้ในบริเวณบ้านหรือที่พักอาศัยของท่านหรือไม่

ไม่ทำ

ทำ บริเวณ.....

ตอนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการอยู่อาศัยในปัจจุบัน

37. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับลักษณะทางเดินภายในบ้าน

เหมาะสมแล้ว

ควรปรับปรุง (ระบุ).....

38. สภาพปัจจุบันมีการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง การจัดสวนพื้นที่ใช้สอยใหม่หรือไม่ (สังเกต+สัมภาษณ์)

ไม่มี เพราะ.....

มี สาเหตุของการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลงคือ

ภาวะทางสุขภาพ (ความพิการ)

ต้องการความเป็นส่วนตัว

อื่นๆ (ระบุ).....

39. สภาพปัจจุบันมีการต่อเติมชั้นลอย/เพิ่มพื้นที่ใช้สอยหรือไม่ (สังเกต+สัมภาษณ์)

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

40. วัสดุปูพื้นของพื้นที่ต่อไปนี้

พื้นที่	ไม่มีพื้นที่นี้	วัสดุปูพื้น					
		ปูน (วัสดุเดิม)	ไม้	เสื่อน้ำมัน	กระเบื้อง/ โมเสก	กระเบื้อง ยาง	อื่นๆ (ระบุ)
1.ห้องนอน							
2.ห้องนั่งเล่น							
3.ห้องครัว							
4.ชานบ้าน/ระเบียง							
5.ห้องน้ำ							
6.โรงจอดรถ							

41. สภาพปัจจุบันมีการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง อุปกรณ์ประกอบอาคารหรือไม่

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

42. ขนาดของบ้านของท่านเป็นอย่างไร

- ขนาดกว้างใหญ่เกินไป ขนาดพอดี ขนาดคับแคบเกินไป

43. ในบ้านของท่านได้รับแสงสว่างธรรมชาติเพียงพอหรือไม่ อย่างไร

- แสงสว่างมากเกินไป แสงสว่างพอดี แสงสว่างไม่เพียงพอ

44. ในบ้านของท่านมีการระบายอากาศดีหรือไม่ อย่างไร

- ระบายอากาศดี ระบายอากาศไม่ดี

45. ในบ้านของท่านมีกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่ อย่างไร

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

46. ในบ้านของท่านมีเสียงรบกวนหรือไม่ อย่างไร

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

47. ในบ้านของท่านมีบันไดขึ้น-ลงสะดวกหรือไม่ อย่างไร

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

48. พื้นที่ใช้สอยของท่านมีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร

- มีความเหมาะสม
- ไม่มีความเหมาะสม ในพื้นที่ (โปรดระบุสาเหตุ)
- ห้องนอน เพราะ..... ห้องนั่งเล่น เพราะ.....
- ห้องครัว เพราะ..... ระเบียง เพราะ.....
- ห้องน้ำ เพราะ..... โรงจอดรถ เพราะ.....
- ทางเดิน เพราะ..... พื้นที่รอบบ้าน เพราะ.....
- อื่นๆ (ระบุ).....เพราะ.....

ภาพถ่ายสภาพที่อยู่อาศัยภายในและภายนอกบ้าน

หนังสือให้ความยินยอมในการปรับปรุงแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการผู้สูงอายุ และผู้ที่อยู่ในระยะที่
จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

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/ปรับปรุงบ้านพักอาศัย
ให้แก่คนพิการผู้สูงอายุ และผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามโครงการฯของกองทุน
ฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ จังหวัดมหาสารคาม

๒.ข้าพเจ้าและครอบครัวที่มีความประสงค์และยินยอมให้มีการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้
ตามรายการและระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่กำหนดทุกประการ

๓.เพื่อให้การดำเนินการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยด้วยดี
ข้าพเจ้าและบริวารหรือตัวแทนของข้าพเจ้า ชื่อ..... จะอยู่ร่วมมือร่วม
แรงและช่วยอำนวยความสะดวกทุกด้านอย่างเต็มกำลังความสามารถแก่คณะทำงานฯ ตลอดระยะเวลาของการ
ซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้ โดยไม่เรียกร้องค่าตอบแทนใดๆทั้งสิ้น

๔.ในกรณีที่มีสาเหตุสุดวิสัยหรือความเสียหายใดๆ เกิดขึ้นในระหว่างการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพัก
อาศัยหลังนี้โดยที่ข้าพเจ้าหรือตัวแทนของข้าพเจ้าได้รับรู้ด้วยแล้ว ข้าพเจ้าและครอบครัวจะไม่เรียกร้อง
ค่าเสียหายหรือสิทธิใดๆ ทั้งสิ้นจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ จังหวัดมหาสารคาม แต่อย่างไร
เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

**หมายเหตุ แบบเอกสารประกอบได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของ
เจ้าของบ้านพักอาศัยและคนพิการในครอบครัว

แบบประมาณการค่าใช้จ่าย

แบบประเมินการค้าซ่อมแซม/ปรับปรุง.....

ชื่อเจ้าบ้าน/สถานที่จัดกิจกรรม.....

สถานที่ดำเนินงานบ้านเลขที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดสตูล

ผู้ประมาณการชื่อ.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

ที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ค่าวัสดุ		หมายเหตุ
				ราคา (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)	

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

แบบแปลน