

รายงานการจ่ายเงินช่วยเหลือเยียวยาคนพิการ  
ในช่วงภาวะวิกฤติการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

กันยายน ๒๕๖๓

## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ .....สำนักงานปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล.....(งานพัฒนาชุมชน).....

ที่ นศ ๗๙๖๐๑/ ๙๐๗

วันที่.....๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๓.....

เรื่อง รายงานผลการสำรวจข้อมูลการจ่ายเงินช่วยเหลือเยียวยาคนพิการเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนในช่วง  
ภาวะวิกฤติการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID)

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านลำนาว

### ๑. เรื่องเดิม

ตามหนังสือที่ นศ ๐๐๐๕/ว ๕๓๔๗ ลงวันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๖๓ เรื่อง การจ่ายเงินช่วยเหลือ  
เยียวยาคนพิการเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนในช่วงภาวะวิกฤติการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019  
(COVID) เฉพาะคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ จนถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓ คนละ ๑,๐๐๐ บาท โดย  
จ่ายเพียงครั้งเดียว นั้น

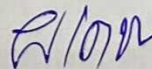
### ๒. ข้อเท็จจริง

งานพัฒนาชุมชนองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านลำนาว ได้จัดทำแบบสำรวจข้อมูลคนพิการเพื่อ  
ช่วยเหลือในภาวะ COVID - 19 ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเยียวยาคนพิการเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนในช่วง  
ภาวะวิกฤติการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID) ในเดือน กันยายน ๒๕๖๓ จำนวน ๑๐ ราย  
คือ

๑. นายวีระศักดิ์ บุญแก้ว บ้านเลขที่ ๘๓ หมู่ที่ ๑๒ ต.บ้านลำนาว อ.บางขัน จ.นครศรีฯ
๒. นายสวัสดิ์ จันทร์มงคล บ้านเลขที่ ๖๓ หมู่ที่ ๑ ต.บ้านลำนาว อ.บางขัน จ.นครศรีฯ
๓. นางวรรณ ชูบัวทอง บ้านเลขที่ ๗๓ หมู่ที่ ๑๖ ต.บ้านลำนาว อ.บางขัน จ.นครศรีฯ
๔. นางจำนงค์ อ่ำลอย บ้านเลขที่ ๑๐๘/๑ หมู่ที่ ๑๓ ต.บ้านลำนาว อ.บางขัน จ.นครศรีฯ
๕. นางสาวปณิกา โชติรัตน์ บ้านเลขที่ ๑๕๖ หมู่ที่ ๕ ต.บ้านลำนาว อ.บางขัน จ.นครศรีฯ
๖. นางยุพิน วุฒิสักดิ์ บ้านเลขที่ ๒๔ หมู่ที่ ๑๔ ต.บ้านลำนาว อ.บางขัน จ.นครศรีฯ
๗. นายจำนงค์ จินดาวงศ์ บ้านเลขที่ ๕๓ หมู่ที่ ๑๔ ต.บ้านลำนาว อ.บางขัน จ.นครศรีฯ
๘. นายสมโชค จำเริญรักษ์ บ้านเลขที่ ๑๓ หมู่ที่ ๖ ต.บ้านลำนาว อ.บางขัน จ.นครศรีฯ
๙. นายเคลื่อน คงรัก บ้านเลขที่ ๕๑ หมู่ที่ ๖ ต.บ้านลำนาว อ.บางขัน จ.นครศรีฯ
๑๐. นางลับ แซ่จิว บ้านเลขที่ ๕๐๑ หมู่ที่ ๑ ต.บ้านลำนาว อ.บางขัน จ.นครศรีฯ

รายละเอียดตามเอกสารแนบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

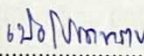


(นางผกาพรรณ เดชทองจันทร์)

ผู้ช่วยนักพัฒนาชุมชน

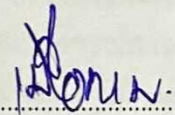


(นางอุทัยทิพย์ มโนสวัสดิ์)  
นักพัฒนาชุมชน ชำนาญการ

ความเห็น..... 

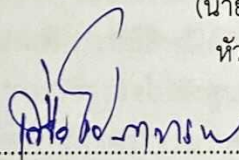


(นางธีรรัตน์ คชินทร)  
หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป

ความเห็น..... 

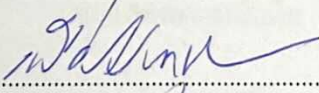


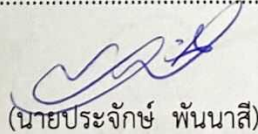
(นายสุxonนัต พรหมสร)  
หัวหน้าสำนักงานปลัด

ความเห็น..... 

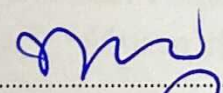


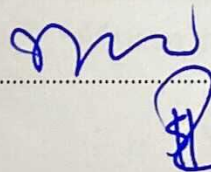
(นายวรเดช รักตยศ)  
รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านลำนาว

ความเห็น..... 



(นายประจักษ์ พันนาสี)  
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านลำนาว

คำสั่ง..... 



(นายสุเทพ รักดีโชติ)  
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านลำนาว



องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านสำราญ  
เลขที่รับ ๒๕๔๐  
รับที่ ๐๙ เดือน ก.พ. พ.ศ. ๒๕๖๓  
เวลา ๑๗.๑๐

ศาลากลางจังหวัดนครศรีธรรมราช  
ถนนราชดำเนิน นศ ๘๐๐๐๐

ตุลาคม ๒๕๖๓

เรื่อง การจ่ายเงินช่วยเหลือเยียวยาคนพิการ เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนในช่วงภาวะวิกฤติการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) กรณีคนพิการทำบัตรใหม่ ระหว่างวันที่ ๑ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓

เรียน นายก อบจ. นครศรีธรรมราช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายชื่อคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ (แยกตามตำบล) จำนวน ๑ ชุด  
๒. แบบสำรวจข้อมูลคนพิการ เพื่อช่วยเหลือในภาวะ COVID-19 จำนวน ๑ ชุด

ด้วยคณะรัฐมนตรี มีมติเห็นชอบ เมื่อวันที่ ๒๘ เมษายน ๒๕๖๓ ให้กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ดำเนินการตามมาตรการการช่วยเหลือเยียวยาคนพิการในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) เฉพาะคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ จนถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓ คนละ ๑,๐๐๐ บาท โดยจ่ายเพียงครั้งเดียว

จังหวัดนครศรีธรรมราช มีสถิติข้อมูลคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๕๑,๔๖๗ คน (ข้อมูลเดือนกันยายน ๒๕๖๓) ในจำนวนดังกล่าวเป็นคนพิการรายใหม่ (ระหว่างวันที่ ๑ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓) จำนวน ๓๔๐ คน ซึ่งเป็นคนพิการที่มีสิทธิได้รับเงินเยียวยาตามมาตรการดังกล่าว จึงขอความร่วมมือสำรวจข้อมูลคนพิการและจัดส่งเอกสารแบบสำรวจไปยังศูนย์บริการคนพิการจังหวัดนครศรีธรรมราช สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครศรีธรรมราช ภายในวันที่ ๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๓ เพื่อจกได้เบิกจ่ายเงินช่วยเหลือเยียวยาดังกล่าวให้แก่คนพิการตามมาตรการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการ

เรียน นายก อบจ.

ขอแสดงความนับถือ

- ปลัด อบจ.

- ทมจ. นศ. / ปลัด อบจ. นครศรีธรรมราช

นางอุบล ทองสลับล้วน (นางอุบล ทองสลับล้วน)

ปลัด อบจ. นครศรีธรรมราช / ปลัด อบจ. นครศรีธรรมราช (นางอุบล ทองสลับล้วน) ผู้อำนวยการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน (นาย 1-3๐๓.๘ ๖๖) จำนวน ๑๐.๖๗๕ ผู้ว่าราชการจังหวัดนครศรีธรรมราช

- ปลัด อบจ. / ปลัด อบจ. นครศรีธรรมราช

16 ก.ย. ๖๓

ปลัด อบจ. นครศรีธรรมราช

1๙/๑๐/๖๓

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด  
ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด  
โทร. ๐ ๗๕๓๕ ๖๒๕๔  
โทรสาร ๐ ๗๕๓๕ ๑๐๒๖

“นครศรีธรรมราช นครแห่งอารยธรรม”



ที่ นศ ๗๙๖๐๑/๗๕๔

องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านลำนาว  
๘/๕ หมู่ที่ ๑๕ ต.บ้านลำนาว  
อ. บางขัน จ. นครศรีธรรมราช

๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

เรื่อง นำส่งแบบสำรวจสถานการณ์ความรุนแรงในครอบครัวไทยในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครศรีธรรมราช

อ้างถึง หนังสือที่ นศ ๐๐๒๕/ว ๕๓๔๗ ลงวันที่ ๙ พฤษภาคม ๒๕๖๓

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบสำรวจ

จำนวน ๑๐ ชุด

ตามหนังสือที่อ้างถึงสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครศรีธรรมราช ขอความร่วมมือมายังองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านลำนาว ในการตอบแบบสำรวจสถานการณ์ความรุนแรงในครอบครัวไทยในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาข้อสรุปสำหรับนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายและมาตรการต่างๆ สำหรับการป้องกัน แก้ไขและช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัว นั้น

ในการนี้ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านลำนาว ได้ดำเนินการตอบแบบสำรวจสถานการณ์ความรุนแรงในครอบครัวไทยในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) เรียบร้อยแล้วตามเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุเทพ ภักดีโชติ)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านลำนาว

สำนักงานปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล  
งานพัฒนาชุมชน  
โทร ๐๗๕-๘๐๙๑๓๕

ร่าง...  
พิมพ์...  
ทำ...  
ตรวจ...  
วันที่...

## แบบสำรวจข้อมูลคนพิการเพื่อช่วยเหลือในภาวะ COVID - 19

คำชี้แจง (กรุณารอกข้อมูลให้ครบทุกข้อ)

แบบสำรวจข้อมูลฉบับนี้ใช้สำหรับเก็บข้อมูลคนพิการที่มีบัตรคนพิการแต่ยังไม่ได้รับเบี้ยความพิการ

## 1. ข้อมูลคนพิการ

เลขที่บัตรประจำประชาชน 1-9310-000007-77-4

ชื่อ-สกุลคนพิการ..... พยธวัช ด้กดี ม.ม.11ก.ว

วัน/เดือน/ปี เกิด..... 20 เม.ย 2536 อายุ..... 28 ปี

ประเภทความพิการ ☐ ทางการเห็น ☐ ทางสติปัญญา  
☐ ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ทางการเรียนรู้  
☐ ทางกายหรือการเคลื่อนไหว ☐ ทางอหิสติก  
☒ ทางจิตใจหรือพฤติกรรม

ศาสนา ☒ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ ระบุ .....

การศึกษา ☐ ไม่ได้ศึกษา อ่าน/เขียนไม่ได้ ☐ ไม่ได้ศึกษา อ่าน/เขียนได้  
☐ กำลังศึกษา ☐ จบการศึกษา

ระดับการศึกษาสูงสุด ☒ ประถมศึกษาตอนต้น ☐ ประถมศึกษาตอนปลาย  
☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย  
☐ ปวส. หรือเทียบเท่า ☐ ปวช. หรือเทียบเท่า  
☐ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ☐ อื่นๆ ระบุ.....

การประกอบอาชีพ ☐ ค้าขาย/กิจการส่วนตัว ..... ☐ รับจ้าง .....  
☐ ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ ☐ หัตถกรรม / งานฝีมือ  
☐ พนักงานบริษัท ระบุ..... ☐ ช่วยเหลือกิจการของครอบครัว  
☐ เกษตรกรรม/ปศุสัตว์ ☐ อื่นๆ ระบุ.....  
☒ ไม่ได้ประกอบอาชีพ

รายได้ต่อเดือน ☐ ไม่เกิน 3,000 บาท ☐ 3,001- 5,000 บาท  
☐ 5,001 - 10,000 บาท ☐ 10,001 - 30,000 บาท  
☐ 30,001 - 50,000 บาท ☐ 50,001 -100,000 บาท  
☐ 100,000 บาท ต่อเดือนขึ้นไป

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่ 83 หมู่ที่ 12 หมู่บ้าน/อาคาร..... ตรอก/ซอย.....  
 ถนน..... ตำบล/แขวง บ้านนา อำเภอ/เขต นาน้อย จังหวัด นนทบุรี  
 รหัสไปรษณีย์ 80360 เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 093-6294072

๔. ช่องทางการรับเงินสวัสดิการอื่นๆ

ท่านประสงค์ขอรับสวัสดิการต่างๆ ผ่านช่องทางใด

☒ ผ่านบัญชีธนาคาร.....  
ชื่อบัญชี..... สาขา..... เลขที่บัญชี.....  
☐ รับเป็นเงินสด เนื่องจาก.....

### 3. ช่องทางการติดต่อของคนพิการ

☐ คนพิการเอง      ☒ ผู้ปกครอง/ผู้พิทักษ์/ผู้อนุบาล/ผู้ดูแล  
 ชื่อ-สกุล ช่อชัย พันธ์      สม/ภค      เบอร์โทร 093-6294072  
 ID Line ..... Email .....

4. ท่านได้รับผลกระทบจากวิกฤต COVID - 19

☐ ไม่ได้รับผลกระทบ

☐ ได้รับผลกระทบ (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ หยุดงาน/หยุดกิจการ/ปิดร้านชั่วคราว

☐ คนในชุมชนติดเชื้อ

☐ ขาดแคลนเวชภัณฑ์

☐ เดินทางไม่สะดวก

☐ ถูกเลิกจ้างงาน/ต้งงาน

☐ เป็นกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อ

☐ ขาดแคลนอาหาร/ของใช้

☐ ผลกระทบอื่นๆ.....

5. ความต้องการสวัสดิการเพิ่มเติม (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ การพักชำระหนี้จากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ 12 เดือน
- ☐ การกู้ยืมเงินจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (กรณีฉุกเฉิน)
- ☐ การปรับสภาพที่อยู่อาศัย
- ☒ เครื่องอุปโภค/บริโภค/เวชภัณฑ์
- ☐ การบริการด้านการรักษาพยาบาล
- ☐ บริการล่ามภาษามือ
- ☒ เงินสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
- ☐ กายอุปกรณ์
- ☐ บริการผู้ช่วยคนพิการ
- ☐ สวัสดิการอื่นๆโปรดระบุ.....

6. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าพเจ้าและครอบครัว

☒ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

ลงชื่อ.....  
 (นาย).....  
 ผู้ขอรับบริการ/ผู้ขอรับความช่วยเหลือ  
 /ผู้ดูแลแทนกิจการ  
 ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ผู้เก็บข้อมูล/ผู้นำเข้าข้อมูล  
โทรศัพท์.....  
ลงวันที่.....

## แบบสำรวจข้อมูลคนพิการเพื่อช่วยเหลือในภาวะ COVID - 19

คำชี้แจง (กรุณารอกข้อมูลให้ครบทุกข้อ)

แบบสำรวจข้อมูลฉบับนี้ใช้สำหรับเก็บข้อมูลคนพิการที่มีบัตรคนพิการแต่ยังไม่ได้รับเบี้ยความพิการ

## 1. ข้อมูลคนพิการ

เลขที่บัตรประจำประชาชน 3-8009-00936-64-6

ชื่อ-สกุลคนพิการ นายสวัสดิ์ จันทรัมย์กุล

วัน/เดือน/ปี เกิด ๗ . ๙ . ๓ ๒๕๓๔ อายุ ๖๑ ปี

ประเภทความพิการ ☐ ทางการเห็น ☐ ทางสติปัญญา  
☒ ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ทางการเรียนรู้  
☐ ทางกายหรือการเคลื่อนไหว ☐ ทางอหิสติก  
☐ ทางจิตใจหรือพฤติกรรม

ศาสนา ☒ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ ระบุ .....

การศึกษา ☐ ไม่ได้ศึกษา อ่าน/เขียนไม่ได้ ☐ ไม่ได้ศึกษา อ่าน/เขียนได้  
☐ กำลังศึกษา ☐ จบการศึกษา

ระดับการศึกษาสูงสุด ☒ ประถมศึกษาตอนต้น ☐ ประถมศึกษาตอนปลาย  
☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย  
☐ ปวส. หรือเทียบเท่า ☐ ปวช. หรือเทียบเท่า  
☐ ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ☐ อื่นๆ ระบุ .....

การประกอบอาชีพ ☐ ค้าขาย/กิจการส่วนตัว ☐ รับจ้าง .....

☐ ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ ☐ หัตถกรรม / งานฝีมือ

☐ พนักงานบริษัท ระบุ .....

☒ เกษตรกรรม/ปศุสัตว์ ☐ ช่วยเหลือกิจการของครอบครัว

☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ อื่นๆ ระบุ .....

รายได้ต่อเดือน ☒ ไม่เกิน 3,000 บาท ☐ 3,001- 5,000 บาท  
☐ 5,001 - 10,000 บาท ☐ 10,001 - 30,000 บาท  
☐ 30,001 - 50,000 บาท ☐ 50,001 -100,000 บาท  
☐ 100,000 บาท ต่อเดือนขึ้นไป

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่ 68 หมู่ที่ 1 หมู่บ้าน/อาคาร .....

ถนน ตำบล/แขวง 21๕๑/๓๐ อำเภอ/เขต ๒๓๖๓ จังหวัด นครราชสีมา

รหัสไปรษณีย์ ๓๐๘๖๐ เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ ๐๘๔- ๘๖๘๗๕๐๑

2. ช่องทางการรับเงินสวัสดิการอื่นๆ

ท่านประสงค์ขอรับสวัสดิการต่างๆ ผ่านช่องทางใด

- ☒ ผ่านบัญชีธนาคาร ธกส สาขา ม/มรณ  
ชื่อบัญชี นายสมศักดิ์ จันทะรัง เลขที่บัญชี 01-1892218298  
☐ รับเป็นเงินสด เนื่องจาก.....

3. ช่องทางการติดต่อของคนพิการ

- ☒ คนพิการเอง ☐ ผู้ปกครอง/ผู้พิทักษ์/ผู้อนุบาล/ผู้ดูแล

ชื่อ-สกุล ..... เบอร์โทร .....  
ID Line ..... Email .....

4. ท่านได้รับผลกระทบจากวิกฤต COVID - 19

- ☐ ไม่ได้รับผลกระทบ  
☒ ได้รับผลกระทบ (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
☐ หยุดงาน/หยุดกิจการ/ปิดร้านชั่วคราว ☐ ถูกเลิกจ้างงาน/ตงงาน  
☐ คนในชุมชนติดเชื้อ ☐ เป็นกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อ  
☐ ขาดแคลนเวชภัณฑ์ ☒ ขาดแคลนอาหาร/ของใช้  
☒ เดินทางไม่สะดวก ☐ ผลกระทบอื่นๆ.....

5. ความต้องการสวัสดิการเพิ่มเติม (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ การพักชำระหนี้จากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ 12 เดือน  
☐ การกู้ยืมเงินจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (กรณีฉุกเฉิน)  
☐ การปรับสภาพที่อยู่อาศัย  
☒ เครื่องอุปโภค/บริโภค/เวชภัณฑ์  
☐ การบริการด้านการรักษาพยาบาล  
☐ บริการล่ามภาษามือ  
☐ เงินสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ  
☒ กายอุปกรณ์  
☐ บริการผู้ช่วยคนพิการ  
☐ สวัสดิการอื่นๆโปรดระบุ.....

6. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าพเจ้าและครอบครัว

- ☒ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

ลงชื่อ. สมศักดิ์ จันทะรัง  
(.....)

ผู้ขอรับบริการ/ผู้ขอรับความช่วยเหลือ  
/ผู้ดูแลคนพิการ

ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....  
(.....)

ผู้เก็บข้อมูล/ผู้นำเข้าข้อมูล

โทรศัพท์.....

ลงวันที่.....

แบบสำรวจข้อมูลคนพิการเพื่อช่วยเหลือในภาวะ COVID - 19

คำชี้แจง (กรุณารอกข้อมูลให้ครบทุกข้อ)

แบบสำรวจข้อมูลฉบับนี้ใช้สำหรับเก็บข้อมูลคนพิการที่มีบัตรคนพิการแต่ยังไม่ได้รับเบี้ยความพิการ

1. ข้อมูลคนพิการ

เลขที่บัตรประจำประชาชน 3-8009-01034-81-4

ชื่อ-สกุลคนพิการ..... น.ส. นพรัตน์ รามทอง

วัน/เดือน/ปี เกิด..... 15 ธันวาคม 2501 อายุ..... 59 ปี

ประเภทความพิการ ☐ ทางการเห็น ☐ ทางสติปัญญา  
☐ ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ทางการเรียนรู้  
☒ ทางกายหรือการเคลื่อนไหว ☐ ทางออทิสติก  
☐ ทางจิตใจหรือพฤติกรรม

ศาสนา ☒ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ ระบุ .....

การศึกษา ☐ ไม่ได้ศึกษา อ่าน/เขียนไม่ได้ ☒ ไม่ได้ศึกษา อ่าน/เขียนได้  
☐ กำลังศึกษา ☐ จบการศึกษา

ระดับการศึกษาสูงสุด ☐ ประถมศึกษาตอนต้น ☐ ประถมศึกษาตอนปลาย  
☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย  
☐ ปวส. หรือเทียบเท่า ☐ ปวช. หรือเทียบเท่า  
☐ ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ☐ อื่นๆ ระบุ.....

การประกอบอาชีพ ☐ ค้าขาย/กิจการส่วนตัว ..... ☐ รับจ้าง .....  
☐ ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ ☐ หัตถกรรม / งานฝีมือ  
☐ พนักงานบริษัท ระบุ..... ☐ ช่วยเหลือกิจการของครอบครัว  
☐ เกษตรกรรม/ปศุสัตว์ ☒ อื่นๆ ระบุ..... น.ส./น.ร. 7  
☒ ไม่ได้ประกอบอาชีพ

รายได้ต่อเดือน ☐ ไม่เกิน 3,000 บาท ☐ 3,001- 5,000 บาท  
☐ 5,001 - 10,000 บาท ☐ 10,001 - 30,000 บาท  
☐ 30,001 - 50,000 บาท ☐ 50,001 -100,000 บาท  
☐ 100,000 บาท ต่อเดือนขึ้นไป

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่ 73 หมู่ที่ 16 หมู่บ้าน/อาคาร..... ตรอก/ซอย.....  
ถนน..... ตำบล/แขวง นานา อำเภอ/เขต นนทบุรี จังหวัด นนทบุรี 7  
รหัสไปรษณีย์ 10360 เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 087-282 7850

2. ช่องทางการรับเงินสวัสดิการอื่นๆ

ท่านประสงค์ขอรับสวัสดิการต่างๆ ผ่านช่องทางใด

☒ ผ่านบัญชีธนาคาร.....

ชื่อบัญชี.....

.....

สาขา.....

เลขที่บัญชี.....

☐ รับเป็นเงินสด เนื่องจาก.....

3. ช่องทางการติดต่อของคนพิการ

☒ คนพิการเอง

☐ ผู้ปกครอง/ผู้พิทักษ์/ผู้อนุบาล/ผู้ดูแล

ชื่อ-สกุล.....

เบอร์โทร.....

ID Line.....

Email.....

4. ท่านได้รับผลกระทบจากวิกฤต COVID - 19

☐ ไม่ได้รับผลกระทบ

☒ ได้รับผลกระทบ (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ หยุดงาน/หยุดกิจการ/ปิดร้านชั่วคราว

☐ ถูกเลิกจ้างงาน/ต้งงาน

☐ คนในชุมชนติดเชื้อ

☐ เป็นกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อ

☐ ขาดแคลนเวชภัณฑ์

☒ ขาดแคลนอาหาร/ของใช้

☒ เดินทางไม่สะดวก

☐ ผลกระทบอื่นๆ.....

5. ความต้องการสวัสดิการเพิ่มเติม (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ การพักชำระหนี้จากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ 12 เดือน

☐ การกู้ยืมเงินจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (กรณีฉุกเฉิน)

☐ การปรับสภาพที่อยู่อาศัย

☐ เครื่องอุปโภค/บริโภค/เวชภัณฑ์

☐ การบริการด้านการรักษาพยาบาล

☐ บริการล่ามภาษามือ

☐ เงินสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

☐ กายอุปกรณ์

☐ บริการผู้ช่วยคนพิการ

☒ สวัสดิการอื่นๆโปรดระบุ.....

6. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าพเจ้าและครอบครัว

☒ ยินยอม

☐ ไม่ยินยอม

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอรับบริการ/ผู้ได้รับความช่วยเหลือ

/ผู้ดูแลคนพิการ

ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เก็บข้อมูล/ผู้นำเข้าข้อมูล

โทรศัพท์.....

ลงวันที่.....

## แบบสำรวจข้อมูลคนพิการเพื่อช่วยเหลือในภาวะCOVID - 19

คำชี้แจง (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบทุกข้อ)

แบบสำรวจข้อมูลฉบับนี้ใช้สำหรับเก็บข้อมูลคนพิการที่มีบัตรคนพิการแต่ยังไม่ได้รับเบี้ยความพิการ

## 1. ข้อมูลคนพิการ

เลขที่บัตรประจำประชาชน ๖-๕๐๐๑-๐๐๖๑๐-๑๖-๔

ชื่อ-สกุลคนพิการ...นางสาวณัฏฐา ใสทอง

วัน/เดือน/ปี เกิด ๒๔ ก.ค. ๒๕๖๐ อายุ ๖๓ ปี

ประเภทความพิการ ☐ ทางการเห็น ☐ ทางสติปัญญา  
☐ ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ทางการเรียนรู้  
☒ ทางกายหรือการเคลื่อนไหว ☐ ทางออทิสติก  
☐ ทางจิตใจหรือพฤติกรรม

ศาสนา ☒ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ ระบุ .....

การศึกษา ☒ ไม่ได้ศึกษา อ่าน/เขียนไม่ได้ ☐ ไม่ได้ศึกษา อ่าน/เขียนได้  
☐ กำลังศึกษา ☐ จบการศึกษา

ระดับการศึกษาสูงสุด ☐ ประถมศึกษาตอนต้น ☐ ประถมศึกษาตอนปลาย  
☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย  
☐ ปวส. หรือเทียบเท่า ☐ ปวช. หรือเทียบเท่า  
☐ ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ☐ อื่นๆ ระบุ .....

การประกอบอาชีพ ☐ ค้าขาย/กิจการส่วนตัว ..... ☐ รับจ้าง .....  
☐ ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ ☐ หัตถกรรม / งานฝีมือ  
☐ พนักงานบริษัท ระบุ ..... ☐ ช่วยเหลือกิจการของครอบครัว  
☐ เกษตรกรรม/ปศุสัตว์ ☒ อื่นๆ ระบุ...เลี้ยงสัตว์  
☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ

รายได้ต่อเดือน ☒ ไม่เกิน 3,000 บาท ☐ 3,001- 5,000 บาท  
☐ 5,001 - 10,000 บาท ☐ 10,001 - 30,000 บาท  
☐ 30,001 - 50,000 บาท ☐ 50,001 -100,000 บาท  
☐ 100,000 บาท ต่อเดือนขึ้นไป

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่ 108/1 หมู่ที่ 13 หมู่บ้าน/อาคาร ..... ตรอก/ซอย .....  
 ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....  
 รหัสไปรษณีย์ 80360 เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ .....

องทางการรับเงินสวัสดิการอื่นๆ

ท่านประสงค์ขอรับสวัสดิการต่างๆ ผ่านช่องทางใด

- ☒ ผ่านบัญชีธนาคาร..... สาขา.....  
ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....  
☐ รับเป็นเงินสด เนื่องจาก.....

3. ช่องทางการติดต่อของคนพิการ

- ☒ คนพิการเอง ☐ ผู้ปกครอง/ผู้พิทักษ์/ผู้อนุบาล/ผู้ดูแล  
ชื่อ-สกุล..... เบอร์โทร.....  
ID Line..... Email.....

4. ท่านได้รับผลกระทบจากวิกฤต COVID - 19

- ☐ ไม่ได้รับผลกระทบ  
☒ ได้รับผลกระทบ (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
☐ หยุดงาน/หยุดกิจการ/ปิดร้านชั่วคราว ☐ ถูกเลิกจ้างงาน/ตกงาน  
☐ คนในชุมชนติดเชื้อ ☐ เป็นกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อ  
☐ ขาดแคลนเวชภัณฑ์ ☐ ขาดแคลนอาหาร/ของใช้  
☐ เดินทางไม่สะดวก ☐ ผลกระทบอื่นๆ.....

5. ความต้องการสวัสดิการเพิ่มเติม (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ การพักชำระหนี้จากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ 12 เดือน  
☐ การกู้ยืมเงินจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (กรณีฉุกเฉิน)  
☐ การปรับสภาพที่อยู่อาศัย  
☒ เครื่องอุปโภค/บริโภค/เวชภัณฑ์  
☐ การบริการด้านการรักษาพยาบาล  
☐ บริการล่ามภาษามือ  
☒ เงินสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ  
☐ กายอุปกรณ์  
☐ บริการผู้ช่วยคนพิการ  
☐ สวัสดิการอื่นๆโปรดระบุ.....

6. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าพเจ้าและครอบครัว

- ☒ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอรับบริการ/ผู้ขอรับความช่วยเหลือ  
/ผู้ดูแลคนพิการ

ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เก็บข้อมูล/ผู้นำเข้าข้อมูล

โทรศัพท์.....

ลงวันที่.....

## แบบสำรวจข้อมูลคนพิการเพื่อช่วยเหลือในภาวะ COVID - 19

คำชี้แจง (กรุณารอกข้อมูลให้ครบทุกข้อ)

แบบสำรวจข้อมูลฉบับนี้ใช้สำหรับเก็บข้อมูลคนพิการที่มีบัตรคนพิการแต่ยังไม่ได้รับเบี้ยความพิการ

## 1. ข้อมูลคนพิการ

เลขที่บัตรประจำประชาชน 1-9299-00717-33-5

ชื่อ-สกุลคนพิการ..... น.ท. วัฒน

วัน/เดือน/ปี เกิด 18 10 2542 อายุ 21 ปี

ประเภทความพิการ ☐ ทางการเห็น ☒ ทางสติปัญญา  
☐ ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ทางการเรียนรู้  
☐ ทางกายหรือการเคลื่อนไหว ☐ ทางออทิสติก  
☐ ทางจิตใจหรือพฤติกรรม

ศาสนา ☒ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ ระบุ .....

การศึกษา ☐ ไม่ได้ศึกษา อ่าน/เขียนไม่ได้ ☐ ไม่ได้ศึกษา อ่าน/เขียนได้  
☐ กำลังศึกษา ☐ จบการศึกษา

ระดับการศึกษาสูงสุด ☐ ประถมศึกษาตอนต้น ☐ ประถมศึกษาตอนปลาย  
☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย  
☐ ปวส. หรือเทียบเท่า ☐ ปวช. หรือเทียบเท่า  
☐ ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ☒ อื่นๆ ระบุ .....

การประกอบอาชีพ ☐ ค้าขาย/กิจการส่วนตัว ..... ☐ รับจ้าง .....  
☐ ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ ☐ หัตถกรรม / งานฝีมือ  
☐ พนักงานบริษัท ระบุ..... ☐ ช่วยเหลือกิจการของครอบครัว  
☐ เกษตรกรรม/ปศุสัตว์ ☐ อื่นๆ ระบุ.....  
☒ ไม่ได้ประกอบอาชีพ

รายได้ต่อเดือน ☒ ไม่เกิน 3,000 บาท ☐ 3,001- 5,000 บาท  
☐ 5,001 - 10,000 บาท ☐ 10,001 - 30,000 บาท  
☐ 30,001 - 50,000 บาท ☐ 50,001 -100,000 บาท  
☐ 100,000 บาท ต่อเดือนขึ้นไป

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่ 156 หมู่ที่ 5 หมู่บ้าน/อาคาร..... ตรอก/ซอย.....  
ถนน..... ตำบล/แขวง มวนลาว อำเภอ/เขต มวน จังหวัด นนทบุรี  
รหัสไปรษณีย์ 80760 เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 063-9451581

2. ช่องทางการรับเงินสวัสดิการอื่นๆ

ท่านประสงค์ขอรับสวัสดิการต่างๆ ผ่านช่องทางใด

☒ ผ่านบัญชีธนาคาร ชาท

ชื่อบัญชี นางสาว ชนิศา ไรศรี

สาขา บางบัว

☐ รับเป็นเงินสด เนื่องจาก

เลขที่บัญชี 02 018 3 682 604

3. ช่องทางการติดต่อของคนพิการ

☐ คนพิการเอง

☒ ผู้ปกครอง/ผู้พิทักษ์/ผู้อนุบาล/ผู้ดูแล

ชื่อ-สกุล น.ส. มาลี

น.ส. ไรศรี

เบอร์โทร 063-9454081

ID Line

Email

4. ท่านได้รับผลกระทบจากวิกฤต COVID - 19

☐ ไม่ได้รับผลกระทบ

☐ ได้รับผลกระทบ (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ หยุดงาน/หยุดกิจการ/ปิดร้านชั่วคราว

☐ ถูกเลิกจ้างงาน/ต้งงาน

☐ คนในชุมชนติดเชื้อ

☐ เป็นกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อ

☐ ขาดแคลนเวชภัณฑ์

☒ ขาดแคลนอาหาร/ของใช้

☐ เดินทางไม่สะดวก

☐ ผลกระทบอื่นๆ.....

5. ความต้องการสวัสดิการเพิ่มเติม (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ การพักชำระหนี้จากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ 12 เดือน

☐ การกู้ยืมเงินจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (กรณีฉุกเฉิน)

☐ การปรับสภาพที่อยู่อาศัย

☐ เครื่องอุปโภค/บริโภค/เวชภัณฑ์

☐ การบริการด้านการรักษาพยาบาล

☐ บริการล่ามภาษามือ

☒ เงินสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

☐ กายอุปกรณ์

☐ บริการผู้ช่วยคนพิการ

☐ สวัสดิการอื่นๆโปรดระบุ.....

6. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าพเจ้าและครอบครัว

☒ ยินยอม

☐ ไม่ยินยอม

ลงชื่อ. x มาลี นนธิโชติ

(.....)

ผู้ขอรับบริการ/ผู้ได้รับความช่วยเหลือ  
/ผู้ดูแลคนพิการ

ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เก็บข้อมูล/ผู้นำเข้าข้อมูล

โทรศัพท์.....

ลงวันที่.....

## แบบสำรวจข้อมูลคนพิการเพื่อช่วยเหลือในภาวะ COVID - 19

คำชี้แจง (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบทุกข้อ)

แบบสำรวจข้อมูลฉบับนี้ใช้สำหรับเก็บข้อมูลคนพิการที่มีบัตรคนพิการแต่ยังไม่ได้รับเบี้ยความพิการ

## 1. ข้อมูลคนพิการ

เลขที่บัตรประจำประชาชน 5-8017-92018-66-1

ชื่อ-สกุลคนพิการ นายพิน วัฒนศักดิ์

วัน/เดือน/ปี เกิด 25 ' 07 ' 01 2495 อายุ 68 ปี

ประเภทความพิการ ☐ ทางการเห็น ☐ ทางสติปัญญา  
☒ ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ทางการเรียนรู้  
☐ ทางกายหรือการเคลื่อนไหว ☐ ทางออทิสติก  
☐ ทางจิตใจหรือพฤติกรรม

ศาสนา ☒ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ ระบุ .....

การศึกษา ☐ ไม่ได้ศึกษา อ่าน/เขียนไม่ได้ ☐ ไม่ได้ศึกษา อ่าน/เขียนได้  
☐ กำลังศึกษา ☐ จบการศึกษา

ระดับการศึกษาสูงสุด ☒ ประถมศึกษาตอนต้น ☐ ประถมศึกษาตอนปลาย  
☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย  
☐ ปวส. หรือเทียบเท่า ☐ ปวช. หรือเทียบเท่า  
☐ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ☐ อื่นๆ ระบุ .....

การประกอบอาชีพ ☒ ค้าขาย/กิจการส่วนตัว ว่าง ☐ รับจ้าง .....

☐ ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ ☐ หัตถกรรม / งานฝีมือ

☐ พนักงานบริษัท ระบุ .....

☐ เกษตรกรรม/ปศุสัตว์ ☐ ช่วยเหลือกิจการของครอบครัว

☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ อื่นๆ ระบุ .....

รายได้ต่อเดือน ☒ ไม่เกิน 3,000 บาท ☐ 3,001- 5,000 บาท

☐ 5,001 - 10,000 บาท ☐ 10,001 - 30,000 บาท

☐ 30,001 - 50,000 บาท ☐ 50,001 -100,000 บาท

☐ 100,000 บาท ต่อเดือนขึ้นไป

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่ 24 หมู่ที่ 14 หมู่บ้าน/อาคาร .....

ถนน .....

ตำบล/แขวง มโนภิรมย์ อำเภอ/เขต เกษมสันต์ จังหวัด นครราชสีมา

รหัสไปรษณีย์ 30360 เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ .....

2. ช่องทางการรับเงินสวัสดิการอื่นๆ

ท่านประสงค์ขอรับสวัสดิการต่างๆ ผ่านช่องทางใด

- ☒ ผ่านบัญชีธนาคาร ธกส. สาขา มทพ  
ชื่อบัญชี นาง ชรินทร์ วิมลศักดิ์ เลขที่บัญชี 01-1892023627

☐ รับเป็นเงินสด เนื่องจาก.....

3. ช่องทางการติดต่อของคนพิการ

- ☐ คนพิการเอง ☒ ผู้ปกครอง/ผู้พิทักษ์/ผู้อนุบาล/ผู้ดูแล  
ชื่อ-สกุล นาง จกกร วิมลศักดิ์ เบอร์โทร 061-1975754  
ID Line ..... Email .....

4. ท่านได้รับผลกระทบจากวิกฤต COVID - 19

- ☐ ไม่ได้รับผลกระทบ  
☒ ได้รับผลกระทบ (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
☐ หยุดงาน/หยุดกิจการ/ปิดร้านชั่วคราว ☐ ถูกเลิกจ้างงาน/ตกงาน  
☐ คนในชุมชนติดเชื้อ ☐ เป็นกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อ  
☐ ขาดแคลนเวชภัณฑ์ ☒ ขาดแคลนอาหาร/ของใช้  
☒ เดินทางไม่สะดวก ☐ ผลกระทบอื่นๆ.....

5. ความต้องการสวัสดิการเพิ่มเติม (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ การพักชำระหนี้จากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ 12 เดือน  
☐ การกู้ยืมเงินจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (กรณีฉุกเฉิน)  
☐ การปรับสภาพที่อยู่อาศัย  
☒ เครื่องอุปโภค/บริโภค/เวชภัณฑ์  
☐ การบริการด้านการรักษาพยาบาล  
☐ บริการล่ามภาษามือ  
☒ เงินสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ  
☐ กายอุปกรณ์  
☐ บริการผู้ช่วยคนพิการ  
☐ สวัสดิการอื่นๆโปรดระบุ.....

6. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าพเจ้าและครอบครัว

- ☒ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

ลงชื่อ x นาง จกกร วิมลศักดิ์  
(.....)

ผู้ขอรับบริการ/ผู้ขอรับความช่วยเหลือ  
/ผู้ดูแลคนพิการ

ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....  
(.....)

ผู้เก็บข้อมูล/ผู้นำเข้าข้อมูล

โทรศัพท์.....

ลงวันที่.....

## แบบสำรวจข้อมูลคนพิการเพื่อช่วยเหลือในภาวะ COVID - 19

คำชี้แจง (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบทุกข้อ)

แบบสำรวจข้อมูลฉบับนี้ใช้สำหรับเก็บข้อมูลคนพิการที่มีบัตรคนพิการแต่ยังไม่ได้รับเบี้ยความพิการ

## 1. ข้อมูลคนพิการ

เลขที่บัตรประจำประชาชน 5-80017-60010-86-5

ชื่อ-สกุลคนพิการ..... นาย วิวัฒน์ จันทวณิช

วัน/เดือน/ปี เกิด 25 ตุลาคม 2476 อายุ 86 ปี

ประเภทความพิการ ☐ ทางการเห็น ☐ ทางสติปัญญา  
☐ ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ทางการเรียนรู้  
☒ ทางกายหรือการเคลื่อนไหว ☐ ทางออทิสติก  
☐ ทางจิตใจหรือพฤติกรรม

ศาสนา ☒ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ ระบุ .....

การศึกษา ☐ ไม่ได้ศึกษา อ่าน/เขียนไม่ได้ ☐ ไม่ได้ศึกษา อ่าน/เขียนได้  
☐ กำลังศึกษา ☒ จบการศึกษา

ระดับการศึกษาสูงสุด ☒ ประถมศึกษาตอนต้น ☐ ประถมศึกษาตอนปลาย  
☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย  
☐ ปวส. หรือเทียบเท่า ☐ ปวช. หรือเทียบเท่า  
☐ ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ☐ อื่นๆ ระบุ .....

การประกอบอาชีพ ☐ ค้าขาย/กิจการส่วนตัว ☐ รับจ้าง .....

☐ ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ ☐ หัตถกรรม / งานฝีมือ

☐ พนักงานบริษัท ระบุ .....

☐ เกษตรกรรม/ปศุสัตว์ ☒ ช่วยเหลือกิจการของครอบครัว

☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☒ อื่นๆ ระบุ ติดยาเสพติด

รายได้ต่อเดือน ☒ ไม่เกิน 3,000 บาท ☐ 3,001- 5,000 บาท  
☐ 5,001 - 10,000 บาท ☐ 10,001 - 30,000 บาท  
☐ 30,001 - 50,000 บาท ☐ 50,001 -100,000 บาท  
☐ 100,000 บาท ต่อเดือนขึ้นไป

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่ 53 หมู่ที่ 14 หมู่บ้าน/อาคาร .....

ถนน ..... ตำบล/แขวง บ้านนา อำเภอ/เขต บ้านนา จังหวัด นครศรีธรรมราช

รหัสไปรษณีย์ 80360 เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 064-6287336

2. ช่องทางการรับเงินสวัสดิการอื่นๆ

ท่านประสงค์ขอรับสวัสดิการต่างๆ ผ่านช่องทางใด

☒ ผ่านบัญชีธนาคาร ธกส. สาขา มท. ๖  
ชื่อบัญชี นายเจษฎา อินทวงค์ เลขที่บัญชี 020165227254

☐ รับเป็นเงินสด เนื่องจาก.....

3. ช่องทางการติดต่อของคณพิการ

☐ คณพิการเอง ☒ ผู้ปกครอง/ผู้พิทักษ์/ผู้อนุบาล/ผู้ดูแล  
ชื่อ-สกุล นางสาว นก อินทร์ นก เบอร์โทร 064-6287336  
ID Line ..... Email .....

4. ท่านได้รับผลกระทบจากวิกฤต COVID - 19

- ☐ ไม่ได้รับผลกระทบ
- ☐ ได้รับผลกระทบ (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ☐ หยุดงาน/หยุดกิจการ/ปิดร้านชั่วคราว ☐ ถูกเลิกจ้างงาน/ตงงาน
- ☐ คนในชุมชนติดเชื้อ ☐ เป็นกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อ
- ☐ ขาดแคลนเวชภัณฑ์ ☒ ขาดแคลนอาหาร/ของใช้
- ☒ เดินทางไม่สะดวก ☐ ผลกระทบอื่นๆ.....

5. ความต้องการสวัสดิการเพิ่มเติม (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ การพักชำระหนี้จากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ 12 เดือน
- ☐ การกู้ยืมเงินจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (กรณีฉุกเฉิน)
- ☐ การปรับสภาพที่อยู่อาศัย
- ☐ เครื่องอุปโภค/บริโภค/เวชภัณฑ์
- ☐ การบริการด้านการรักษาพยาบาล
- ☐ บริการล่ามภาษามือ
- ☒ เงินสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
- ☐ กายอุปกรณ์
- ☐ บริการผู้ช่วยคนพิการ
- ☐ สวัสดิการอื่นๆโปรดระบุ.....

6. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าพเจ้าและครอบครัว

☒ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

ลงชื่อ. นายเจษฎา อินทวงค์

(.....)

ผู้ขอรับบริการ/ผู้ขอรับความช่วยเหลือ  
/ผู้ดูแลคนพิการ

ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เก็บข้อมูล/ผู้นำเข้าข้อมูล

โทรศัพท์.....

ลงวันที่.....

## แบบสำรวจข้อมูลคนพิการเพื่อช่วยเหลือในภาวะ COVID - 19

คำชี้แจง (กรุณารอกข้อมูลให้ครบทุกข้อ)

แบบสำรวจข้อมูลฉบับนี้ใช้สำหรับเก็บข้อมูลคนพิการที่มีบัตรคนพิการแต่ยังไม่ได้รับเบี้ยความพิการ

## 1. ข้อมูลคนพิการ

เลขที่บัตรประจำประชาชน 3-9201-00298-28-8

ชื่อ-สกุลคนพิการ นาย กัม ไรต์ จันทวันรัมย์

วัน/เดือน/ปี เกิด 28 ธันวาคม 2509 อายุ 51 ปี

ประเภทความพิการ ☐ ทางการเห็น ☐ ทางสติปัญญา  
☒ ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ทางการเรียนรู้  
☐ ทางกายหรือการเคลื่อนไหว ☐ ทางออทิสติก  
☐ ทางจิตใจหรือพฤติกรรม

ศาสนา ☒ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ ระบุ .....

การศึกษา ☐ ไม่ได้ศึกษา อ่าน/เขียนไม่ได้ ☒ ไม่ได้ศึกษา อ่าน/เขียนได้  
☐ กำลังศึกษา ☐ จบการศึกษา

ระดับการศึกษาสูงสุด ☐ ประถมศึกษาตอนต้น ☐ ประถมศึกษาตอนปลาย  
☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย  
☐ ปวส. หรือเทียบเท่า ☐ ปวช. หรือเทียบเท่า  
☐ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ☐ อื่นๆ ระบุ .....

การประกอบอาชีพ ☐ ค้าขาย/กิจการส่วนตัว ☐ รับจ้าง  
☐ ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ ☐ หัตถกรรม / งานฝีมือ  
☐ พนักงานบริษัท ระบุ ..... ☐ ช่วยเหลือกิจการของครอบครัว  
☐ เกษตรกรรม/ปศุสัตว์ ☐ อื่นๆ ระบุ .....  
☒ ไม่ได้ประกอบอาชีพ

รายได้ต่อเดือน ☒ ไม่เกิน 3,000 บาท ☐ 3,001- 5,000 บาท  
☐ 5,001 - 10,000 บาท ☐ 10,001 - 30,000 บาท  
☐ 30,001 - 50,000 บาท ☐ 50,001 -100,000 บาท  
☐ 100,000 บาท ต่อเดือนขึ้นไป

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่ 13 หมู่ที่ 6 หมู่บ้าน/อาคาร ..... ตรอก/ซอย .....  
 ถนน ..... ตำบล/แขวง บ้านจันทวัน อำเภอ/เขต บ้านจันทวัน จังหวัด นครราชสีมา  
 รหัสไปรษณีย์ 80360 เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ .....

ช่องทางารรับเงินสวัสดิการอื่นๆ

ท่านประสงค์ขอรับสวัสดิการต่างๆ ผ่านช่องทางใด

- ☐ ผ่านบัญชีธนาคาร..... สาขา.....  
ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....  
☐ รับเป็นเงินสด เนื่องจาก.....

3. ช่องทางการติดต่อของคณพิการ

- ☐ คนพิการเอง ☒ ผู้ปกครอง/ผู้พิทักษ์/ผู้อนบาล/ผู้ดูแล  
ชื่อ-สกุล..... เบอร์โทร.....  
ID Line ..... Email .....

4. ท่านได้รับผลกระทบจากวิกฤต COVID - 19

- ☐ ไม่ได้รับผลกระทบ  
☒ ได้รับผลกระทบ (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
☐ หยุดงาน/หยุดกิจการ/ปิดร้านชั่วคราว ☐ ถูกเลิกจ้างงาน/ตงาน  
☐ คนในชุมชนติดเชื้อ ☐ เป็นกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อ  
☐ ขาดแคลนเวชภัณฑ์ ☒ ขาดแคลนอาหาร/ของใช้  
☒ เดินทางไม่สะดวก ☐ ผลกระทบอื่นๆ.....

5. ความต้องการสวัสดิการเพิ่มเติม (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ การพักชำระหนี้จากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ 12 เดือน  
☐ การกู้ยืมเงินจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (กรณีฉุกเฉิน)  
☐ การปรับสภาพที่อยู่อาศัย  
☒ เครื่องอุปโภค/บริโภค/เวชภัณฑ์  
☐ การบริการด้านการรักษาพยาบาล  
☐ บริการล่ามภาษามือ  
☒ เงินสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ  
☐ ภายอุปกรณ์  
☐ บริการผู้ช่วยคนพิการ  
☐ สวัสดิการอื่นๆโปรดระบุ.....

6. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าพเจ้าและครอบครัว

- ☒ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

|                                       |
|---------------------------------------|
| ลงชื่อ. x.....                        |
| (.....)                               |
| ผู้ขอรับบริการ/ผู้ได้รับความช่วยเหลือ |
| /ผู้ดูแลคนพิการ                       |
| ลงวันที่.....                         |

|                               |
|-------------------------------|
| ลงชื่อ.....                   |
| (.....)                       |
| ผู้เก็บข้อมูล/ผู้นำเข้าข้อมูล |
| โทรศัพท์.....                 |
| ลงวันที่.....                 |

## แบบสำรวจข้อมูลคนพิการเพื่อช่วยเหลือในภาวะ COVID - 19

คำชี้แจง (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบทุกข้อ)

แบบสำรวจข้อมูลฉบับนี้ใช้สำหรับเก็บข้อมูลคนพิการที่มีบัตรคนพิการแต่ยังไม่ได้รับเบี้ยความพิการ

## 1. ข้อมูลคนพิการ

เลขที่บัตรประจำประชาชน ๓-๕๐๐๙-๐๐๖๒๗-๑๐-๐

ชื่อ-สกุลคนพิการ.....นางเฉลี.....นางสาว.....

วัน/เดือน/ปี เกิด.....๒๕๔..... อายุ.....๗๔.....ปี

ประเภทความพิการ ☐ ทางการเห็น ☐ ทางสติปัญญา  
☐ ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ทางการเรียนรู้  
☒ ทางกายหรือการเคลื่อนไหว ☐ ทางออทิสติก  
☐ ทางจิตใจหรือพฤติกรรม

ศาสนา ☒ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ ระบุ .....

การศึกษา ☒ ไม่ได้ศึกษา อ่าน/เขียนไม่ได้ ☐ ไม่ได้ศึกษา อ่าน/เขียนได้  
☐ กำลังศึกษา ☐ จบการศึกษา

ระดับการศึกษาสูงสุด ☐ ประถมศึกษาตอนต้น ☐ ประถมศึกษาตอนปลาย  
☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย  
☐ ปวส. หรือเทียบเท่า ☐ ปวช. หรือเทียบเท่า  
☐ ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ☐ อื่นๆ ระบุ.....

การประกอบอาชีพ ☐ ค้าขาย/กิจการส่วนตัว ..... ☐ รับจ้าง .....  
☐ ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ ☐ หัตถกรรม / งานฝีมือ  
☐ พนักงานบริษัท ระบุ..... ☐ ช่วยเหลือกิจการของครอบครัว  
☐ เกษตรกรรม/ปศุสัตว์ ☐ อื่นๆ ระบุ.....  
☒ ไม่ได้ประกอบอาชีพ

รายได้ต่อเดือน ☒ ไม่เกิน 3,000 บาท ☐ 3,001- 5,000 บาท  
☐ 5,001 - 10,000 บาท ☐ 10,001 - 30,000 บาท  
☐ 30,001 - 50,000 บาท ☐ 50,001 -100,000 บาท  
☐ 100,000 บาท ต่อเดือนขึ้นไป

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่.....๕๑..... หมู่ที่.....๖..... หมู่บ้าน/อาคาร..... ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....บ้านฉาง.....อำเภอ/เขต.....นางขัน.....จังหวัด.....นครราชสีมา

รหัสไปรษณีย์.....๕๐๓๖๐.....เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....๐๕๕-๗๑๐๕๓๓๐.....

ช่องทางการรับเงินสวัสดิการอื่นๆ

ท่านประสงค์ขอรับสวัสดิการต่างๆ ผ่านช่องทางใด

- ☒ ผ่านบัญชีธนาคาร ออม. เก่งสัน สาขา บางบัว  
ชื่อบัญชี นางสาวณิชา ดงรัก เลขที่บัญชี 011892812254  
☐ รับเป็นเงินสด เนื่องจาก.....

3. ช่องทางการติดต่อของคนพิการ

- ☐ คนพิการเอง ☒ ผู้ปกครอง/ผู้พิทักษ์/ผู้อนุบาล/ผู้ดูแล  
ชื่อ-สกุล นางสาวณิชา ดงรัก เบอร์โทร 085-7908330  
ID Line ..... Email .....

4. ท่านได้รับผลกระทบจากวิกฤต COVID - 19

- ☐ ไม่ได้รับผลกระทบ  
☒ ได้รับผลกระทบ (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
☐ หยุดงาน/หยุดกิจการ/ปิดร้านชั่วคราว ☐ ถูกเลิกจ้างงาน/ต้งงาน  
☐ คนในชุมชนติดเชื้อ ☒ เป็นกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อ  
☐ ขาดแคลนเวชภัณฑ์ ☐ ขาดแคลนอาหาร/ของใช้  
☒ เดินทางไม่สะดวก ☐ ผลกระทบอื่นๆ.....

5. ความต้องการสวัสดิการเพิ่มเติม (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ การพักชำระหนี้จากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ 12 เดือน  
☐ การกู้ยืมเงินจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (กรณีฉุกเฉิน)  
☐ การปรับสภาพที่อยู่อาศัย  
☒ เครื่องอุปโภค/บริโภค/เวชภัณฑ์  
☒ การบริการด้านการรักษาพยาบาล  
☐ บริการล่ามภาษามือ  
☒ เงินสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ  
☐ กายอุปกรณ์  
☐ บริการผู้ช่วยคนพิการ  
☐ สวัสดิการอื่นๆโปรดระบุ.....

6. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าพเจ้าและครอบครัว

- ☒ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

ลงชื่อ นาย ณิชา ดงรัก  
(นางสาวณิชา ดงรัก)  
ผู้ขอรับบริการ/ผู้ได้รับความช่วยเหลือ  
/ผู้ดูแล คนพิการ  
ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ผู้เก็บข้อมูล/ผู้นำเข้าข้อมูล  
โทรศัพท์.....  
ลงวันที่.....

## แบบสำรวจข้อมูลคนพิการเพื่อช่วยเหลือในภาวะ COVID - 19

คำชี้แจง (กรุณารอกข้อมูลให้ครบทุกข้อ)

แบบสำรวจข้อมูลฉบับนี้ใช้สำหรับเก็บข้อมูลคนพิการที่มีบัตรคนพิการแต่ยังไม่ได้รับเบี้ยความพิการ

## 1. ข้อมูลคนพิการ

เลขที่บัตรประจำประชาชน 3-8408-00082-14-9

ชื่อ-สกุลคนพิการ... น.ส. ดิษ ใจดี

วัน/เดือน/ปี เกิด... 2487 อายุ... 76 ปี

ประเภทความพิการ ☐ ทางการเห็น ☐ ทางสติปัญญา  
☒ ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ทางการเรียนรู้  
☐ ทางกายหรือการเคลื่อนไหว ☐ ทางออทิสติก  
☐ ทางจิตใจหรือพฤติกรรม  
ศาสนา ☒ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ ระบุ .....

การศึกษา ☒ ไม่ได้ศึกษา อ่าน/เขียนไม่ได้ ☐ ไม่ได้ศึกษา อ่าน/เขียนได้  
☐ กำลังศึกษา ☐ จบการศึกษา

ระดับการศึกษาสูงสุด ☐ ประถมศึกษาตอนต้น ☐ ประถมศึกษาตอนปลาย  
☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย  
☐ ปวส. หรือเทียบเท่า ☐ ปวช. หรือเทียบเท่า  
☐ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ☐ อื่นๆ ระบุ.....

การประกอบอาชีพ ☐ ค้าขาย/กิจการส่วนตัว ..... ☐ รับจ้าง .....  
☐ ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ ☐ หัตถกรรม / งานฝีมือ  
☐ พนักงานบริษัท ระบุ..... ☐ ช่วยเหลือกิจการของครอบครัว  
☐ เกษตรกรรม/ปศุสัตว์ ☐ อื่นๆ ระบุ.....  
☒ ไม่ได้ประกอบอาชีพ

รายได้ต่อเดือน ☒ ไม่เกิน 3,000 บาท ☐ 3,001- 5,000 บาท  
☐ 5,001 - 10,000 บาท ☐ 10,001 - 30,000 บาท  
☐ 30,001 - 50,000 บาท ☐ 50,001 -100,000 บาท  
☐ 100,000 บาท ต่อเดือนขึ้นไป

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่ 501 หมู่ที่ 1 หมู่บ้าน/อาคาร..... ตรอก/ซอย.....  
ถนน..... ตำบล/แขวง นานา อำเภอ/เขต นมพห จังหวัด นครราชสีมา  
รหัสไปรษณีย์ 30560 เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 061-223 9620

ช่องทางการรับเงินสวัสดิการอื่นๆ

ท่านประสงค์ขอรับสวัสดิการต่างๆ ผ่านช่องทางใด

- ☒ ผ่านบัญชีธนาคาร.....สาขา.....  
ชื่อบัญชี ๓๐๖ ลข ๖๖๘๖๖.....เลขที่บัญชี ๐๑-๑๙๘๑๐๒๗๖๕๑
- ☐ รับเป็นเงินสด เนื่องจาก.....

3. ช่องทางการติดต่อของคนพิการ

- ☐ คนพิการเอง ☒ ผู้ปกครอง/ผู้พิทักษ์/ผู้อนุบาล/ผู้ดูแล
- ชื่อ-สกุล ๓๐๖ ลข ๖๖๘๖๖.....เบอร์โทร ๐๖๑-๒๒๓ ๙๖๒๐
- ID Line .....Email .....

4. ท่านได้รับผลกระทบจากวิกฤต COVID - 19

- ☐ ไม่ได้รับผลกระทบ
- ☒ ได้รับผลกระทบ (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ☐ หยุดงาน/หยุดกิจการ/ปิดร้านชั่วคราว ☐ ถูกเลิกจ้างงาน/ตกงาน
- ☐ คนในชุมชนติดเชื้อ ☐ เป็นกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อ
- ☐ ขาดแคลนเวชภัณฑ์ ☒ ขาดแคลนอาหาร/ของใช้
- ☒ เดินทางไม่สะดวก ☐ ผลกระทบอื่นๆ.....

5. ความต้องการสวัสดิการเพิ่มเติม (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ การพักชำระหนี้จากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ 12 เดือน
- ☐ การกู้ยืมเงินจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (กรณีฉุกเฉิน)
- ☐ การปรับสภาพที่อยู่อาศัย
- ☐ เครื่องอุปโภค/บริโภค/เวชภัณฑ์
- ☐ การบริการด้านการรักษาพยาบาล
- ☐ บริการล่ามภาษามือ
- ☐ เงินสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
- ☒ กายอุปกรณ์
- ☐ บริการผู้ช่วยคนพิการ
- ☐ สวัสดิการอื่นๆโปรดระบุ.....

6. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าพเจ้าและครอบครัว

- ☒ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

ลงชื่อ.....  
(.....)

ผู้ขอรับบริการ/ผู้ได้รับความช่วยเหลือ  
/ผู้ดูแลคนพิการ

ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....  
(.....)

ผู้เก็บข้อมูล/ผู้นำเข้าข้อมูล

โทรศัพท์.....

ลงวันที่.....