



**ระเบียบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดมุกดาหาร
ว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน
สำหรับผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ พ.ศ. ๒๕๖๗**

ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร ได้จัดทำข้อตกลงการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ เลขที่ ๖๗/บ/๐๐๑๘๖ ลงวันที่ ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖ และองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร ได้ประกาศแต่งตั้งคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดมุกดาหาร ลงวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๖ จึงเป็นการสมควร กำหนดระเบียบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดมุกดาหาร ว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน สำหรับผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ พ.ศ. ๒๕๖๗ นั้น

อาศัยอำนาจตามความใน ข้อ ๑๕ (๓) ของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๒ ประกอบมติคณะกรรมการกองทุนสมรรถภาพจังหวัดมุกดาหาร ในคราวประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๒ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดมุกดาหาร จึงได้ออกระเบียบฯ ไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดมุกดาหาร ว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน สำหรับผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ พ.ศ. ๒๕๖๗”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับ ตั้งแต่วันที่ประกาศใช้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในระเบียบนี้

“กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ” หมายความว่า กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดมุกดาหาร

“คณะกรรมการกองทุน” หมายความว่า คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดมุกดาหาร

“ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ” หมายความว่า คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

“คนพิการ” หมายความว่า คนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

“ผู้สูงอายุ” หมายความว่า ผู้สูงอายุตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ ซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน แต่ยังไม่เข้าเกณฑ์คนพิการ โดยอาจมีภาวะบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน การสื่อสาร การเคลื่อนไหว จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา หรือภาวะบกพร่องอื่นใดซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพ

“ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน” หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติ และมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ บางส่วนอยู่ มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และแพทย์ผู้รักษามีความเห็นว่าต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในช่วงเวลาที่มีการฟื้นตัว เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ

/“ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง”...

“ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง” หมายความว่า ผู้ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Bathel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่าสิบเอ็ดคะแนน

“การจัดสภาพแวดล้อม” หมายความว่า การเพิ่มเติม การปรับปรุง การเปลี่ยนแปลง หรือดัดแปลงที่อยู่อาศัยบางส่วนหรือหลายส่วน โดยอาศัยการออกแบบ การซ่อมแซม การก่อสร้าง การใช้เทคโนโลยีหรือวิธีการอื่นใด เพื่อจัดอุปสรรคขั้นพื้นฐานให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถดำรงชีวิตในที่อยู่อาศัยนั้นได้อย่างอิสระ สะดวก ปลอดภัย ถูกสุขลักษณะและหลักอนามัย โดยเหมาะสมแก่สภาพภายใต้ความพอเพียง

“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” หมายความว่า องค์กรการบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบล ในพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร

“สถานบริการ” หมายความว่า สถานบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“หน่วยบริการ” หมายความว่า หน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“หน่วยงานสาธารณสุข” หมายความว่า หน่วยงานที่มีภารกิจด้านการสาธารณสุขโดยตรง แต่ไม่ได้เป็นสถานบริการ หรือหน่วยบริการ

“หน่วยงานอื่น” หมายความว่า หน่วยงานที่ได้มีภารกิจด้านการสาธารณสุข

“กลุ่มคนพิการ” หมายความว่า คนพิการที่รวมตัวกันตั้งแต่ห้าคนขึ้นไปเพื่อดำเนินกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน ทั้งนี้ ไม่ว่าเป็นนิติบุคคลหรือไม่ก็ตาม

“กลุ่มผู้สูงอายุ” หมายความว่า ผู้สูงอายุที่รวมตัวกันตั้งแต่ห้าคนขึ้นไปเพื่อดำเนินกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน ทั้งนี้ ไม่ว่าเป็นนิติบุคคลหรือไม่ก็ตาม

“องค์กรอื่น” หมายความว่า กลุ่มบุคคล ชมรม สมาคม องค์กร หรือมูลนิธิ ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพแก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยมิใช่เป็นการแสวงกำไร ทั้งนี้ ไม่ว่าเป็นนิติบุคคลหรือไม่ก็ตาม

ข้อ ๔ วัตถุประสงค์ในการสนับสนุนการปรับสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน เพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น ดังนี้

๑) เพื่อป้องกันและลดโอกาสในการเกิดอุบัติเหตุจากการเคลื่อนที่ ทั้งในบ้านและนอกบ้าน และจากการใช้งานพื้นที่ส่วนต่างๆภายในบ้าน เช่น ตกบันได หกล้ม ลื่นล้มในห้องน้ำ เป็นต้น

๒) เพื่อฟื้นฟูสมรรถนะทางด้านร่างกายที่ดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลความสะอาดร่างกาย การอาบน้ำ การแต่งตัว เป็นการปรับสภาพบ้านเพื่อช่วยในการทำกิจกรรมดังกล่าวสะดวกสบายขึ้น

๓) เพื่อลดภาระของคนในครอบครัวหรือผู้ดูแล ทำให้ใช้แรงและเวลาในการดูแลคนพิการน้อยลง ลดความเครียด และได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๔) การปรับปรุงบ้านให้อยู่ในสภาพที่เหมาะสมแก่การอยู่อาศัยและมีสุขลักษณะที่ดีมีความมั่นคงแข็งแรง ปลอดภัย และเหมาะสมแก่การใช้งาน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยรวมของคนในบ้าน

ข้อ ๕ ผู้ที่จะได้รับการพิจารณาสนับสนุนการปรับสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐานอยู่ภายใต้หลักเกณฑ์ ดังนี้

๑) คนไทยทุกคนที่มีเลขบัตรประจำตัวประชาชน

๒) มีบัตรประจำตัวคนพิการ หรือ บัตรประจำตัวประชาชน

๓) มีผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Bathel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่าสิบเอ็ดคะแนน สำหรับกรณีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

- ๔) มีภูมิสำเนาอยู่ในจังหวัดมุกดาหาร
- ๕) ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคงหรือไม่เหมาะสมกับสภาพของสภาพการหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ๖) มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ
- ๗) กรณีไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัยแห่งนั้นต้องมีหลักฐานการให้ความยินยอมจากเจ้าของหรือผู้รับอำนาจจากเจ้าของเพื่อให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยได้โดยไม่มีเงื่อนไข จนกว่าผู้พิการหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงจะเสียชีวิต

ข้อ ๖ หน่วยงานที่สามารถขอรับการสนับสนุน ประกอบด้วย

- (๑) องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร
- (๒) เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร

ข้อ ๗ หลักฐานประกอบการพิจารณาในการสนับสนุนการปรับสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน

- ๑) แบบคำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย
- ๒) แบบประเมินการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย
- ๓) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ
- ๔) สำเนาทะเบียนบ้าน
- ๕) ภาพถ่ายสภาพบ้าน (ก่อนปรับปรุง)
- ๖) แบบประมาณการค่าใช้จ่าย (โดยนายช่างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)
- ๗) หนังสือให้ความยินยอมในการปรับสภาพแวดล้อม (กรณีไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัยแห่งนั้น)

ข้อ ๘ งบประมาณในการให้การสนับสนุน ให้เป็นไปตามสภาพความเป็นจริงและความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ โดยวงเงินรายละไม่เกิน ๒๐๐,๐๐๐ บาท และคิดเป็นค่าแรงไม่เกิน ร้อยละ ๑๐ ของวงเงินที่ได้รับการสนับสนุน

ข้อ ๙ รายละเอียดของการปรับสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน ต้องเป็นไปตามความเหมาะสมกับสภาพความพิการหรือตามสภาพความจำเป็น เช่น

- ๑) ห้องน้ำและห้องอาบน้ำ เช่น ติดตั้งราวจับอุปกรณ์พยุงตัว วัสดุปูพื้นและปรับระดับพื้นเรียบไม่ลื่น ปรับเปลี่ยนสุขภัณฑ์และอุปกรณ์ที่ถูกสุขอนามัย ระบบสุขาภิบาล และ การระบายน้ำที่ดี
- ๒) บันได ติดตั้งราวจับพยุงตัวที่แข็งแรง ราวกันตก ขยายชั้นลูกนอน ปรับลดระยะขั้นลูกตั้งไม่ให้ชันหรือตั้งเกินไป และปรับชานพัก
- ๓) ทางเดินภายในบ้าน ห้องนอน เติงนอน พื้นที่พักผ่อน ห้องครัว ห้องอาหารภายในอาคารโดยติดตั้งราวจับอุปกรณ์พยุงตัวที่แข็งแรงในพื้นที่ที่ใช้งานบ่อย วัสดุปูพื้นและปรับระดับพื้นเรียบไม่ลื่น แสงสว่างและการระบายอากาศ การจัดเก็บสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ ให้เข้าที่ และติดตั้งผลิตภัณฑ์และสิ่งอำนวยความสะดวก มือจับ เติงที่ห้อยขาเองได้
- ๔) หลังคา ชานบ้าน ทางเดิน ภายนอกอาคาร เช่น การปรับปรุงทางเดิน ทางลาด ราวจับดิน
- ๕) รายละเอียดอื่น ๆ เพื่อให้ที่อยู่อาศัยมีความมั่นคงแข็งแรงและปลอดภัย

ข้อ ๑๐ ขั้นตอนการขอรับการสนับสนุนงบประมาณ

- ๑) หน่วยงานตามข้อ ๖ ส่งคำขอรับการสนับสนุน พร้อมส่งรายชื่อผู้ที่รับการสนับสนุน เสนอกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดมุกดาหาร
- ๒) คณะทำงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดมุกดาหาร ออกประเมินแล้วแจ้งผลการประเมินไปยังหน่วยงานที่ขอรับเงินสนับสนุน

๓) หน่วยงานจัดทำโครงการขอรับเงินสนับสนุนเข้ามา พร้อมแนบ แบบ ปร.๔ และ ปร.๕ และหลักฐานประกอบเสนอกองทุนฯ เพื่อพิจารณาตามโครงการที่ขอรับสนับสนุน

๔) คณะอนุกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต พิจารณาเห็นชอบโครงการ เพื่อเสนอโครงการให้คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดมุกดาหาร พิจารณานุมัติ

๕) คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดมุกดาหาร พิจารณานุมัติโครงการ

๖) กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดมุกดาหารจัดทำบันทึกข้อตกลงกับหน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการ

๗) กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดมุกดาหารเบิกจ่ายเงินให้กับหน่วยงานตามโครงการที่กำหนด

๘) หน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการ ดำเนินงานตามโครงการที่ได้รับอนุมัติ และรายงานผลการดำเนินงานตามโครงการให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดมุกดาหารและคณะกรรมการกองทุนทราบ

๙) กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดมุกดาหารติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน

ข้อ ๑๑ การดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุ ของหน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุน ให้ถือปฏิบัติตามระเบียบกฎหมายที่ถือปฏิบัติ หรือตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และจัดเก็บเอกสารหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ

ข้อ ๑๒ ให้หน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุนรายงานผลการใช้จ่ายเงินงบประมาณตามโครงการที่ได้รับอนุมัติประกอบด้วยสำเนาเอกสาร ดังนี้

๑) แบบรายการจัดการสภาพแวดล้อม

๒) สำเนาใบเสร็จรับเงิน

๓) ไฟล์รูปภาพ ๓ ระยะ ได้แก่ ก่อนดำเนินการ,ระหว่างดำเนินการ,และหลังดำเนินการแล้วเสร็จ ให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดมุกดาหาร รับทราบภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่โครงการแล้วเสร็จ พร้อมทั้งส่งเงินคืน (ถ้ามี) ให้กองทุนฯ ภายใน ๓๐ วัน กรณีดำเนินโครงการไม่แล้วเสร็จ แจ้งหนังสือขอขยายระยะเวลาการดำเนินโครงการ โดยแจ้งก่อน สิ้นสุดโครงการ ไม่น้อยกว่า ๑๕ วัน โดยให้ประธานกรรมการกองทุนฯ มีอำนาจในการอนุญาตขยายระยะเวลาดำเนินโครงการให้ไม่เกิน ๖๐ วัน จากวันที่สิ้นสุดโครงการ และการขอขยายระยะเวลาให้ดำเนินการขอได้เพียงครั้งเดียว แล้วค่อยรายงานที่ประชุมต่อคณะกรรมการกองทุนฯ ทราบในภายหลัง

ข้อ ๑๓ ให้ประธานคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดมุกดาหาร เป็นผู้รักษาการตามระเบียบนี้ให้มีอำนาจ ในการวินิจฉัย ตัดความ ชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน และออกประกาศหลักเกณฑ์ต่างๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตามระเบียบนี้ และไม่ขัดหรือแย้งกับประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๒

ทั้งนี้ ตั้งแต่ ๒๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

พ.ต.ท.

(จิตต์ ศรีโยหะ มุกดาธนพงศ์)

ประธานคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดมุกดาหาร

**เอกสารแนบท้ายระเบียบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดมุกดาหาร
ว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน
สำหรับผู้ที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ พ.ศ. ๒๕๖๓**

(ตัวอย่าง)โครงการ ปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน
และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปี

หลักการและเหตุผล

ตามที่ ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์ การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๒ ลงวันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒ ข้อ ๙ (๒)(ค) เพื่อสนับสนุนการดำเนินการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐานเพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น ประกอบกับพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖ มาตรา ๒๐ คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ (๑๐) การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การมีผู้ช่วยคนพิการ หรือการจัดให้มีสวัสดิการอื่น ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ และระเบียบคณะกรรมการการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วย หลักเกณฑ์และวิธีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ การมีผู้ช่วยคนพิการ การช่วยเหลือคนพิการที่ไม่มีผู้ดูแล และสิทธิของผู้ดูแลคนพิการ พ.ศ.๒๕๕๒ ได้กำหนดแนวทางการคุ้มครองสิทธิคนพิการ เกี่ยวกับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการไว้ว่า การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ โดยการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงหรือตัดแปลงที่อยู่อาศัย บางส่วนหรือทั้งหมด เพื่อจัดอุปสรรคหรือจัดให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตในที่อยู่อาศัยนั้นได้โดยสะดวก และเหมาะสมกับสภาพความพิการ รวมถึงความปลอดภัยและสุขอนามัย

เพื่อให้การช่วยเหลือ ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้รับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่มีความเหมาะสม สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบล.....จึงได้จัดทำโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

๑. วัตถุประสงค์

๑.๑ เพื่อดำเนินการปรับสภาพบ้าน และที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้เข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้

๑.๒ เพื่อลดความเสี่ยงของอันตรายที่จะเกิดขึ้น และป้องกันความพิการซ้ำซ้อน

๑.๓ เพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้รับการฟื้นฟูอย่างถูกต้อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ ไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่นหรือเป็นภาระน้อยที่สุด

๒. กลุ่มเป้าหมาย

คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

๓. วิธีการดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม

๑) หน่วยงานส่งคำขอรับการสนับสนุน พร้อมส่งรายชื่อผู้ที่ต้องการรับการสนับสนุน เสนอกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดมุกดาหาร

๒) คณะทำงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดมุกดาหาร ออกประเมินแล้วแจ้งผลการประเมินไปยังหน่วยงานที่ขอรับเงินสนับสนุน

๓) หน่วยงานจัดทำโครงการขอรับเงินสนับสนุน พร้อมแนบ แบบ ปร.๔ และ ปร.๕ และหลักฐานประกอบ เสนอกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดมุกดาหาร

๔) คณะอนุกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต พิจารณาเห็นชอบโครงการ เพื่อเสนอโครงการให้ คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดมุกดาหาร พิจารณานุมัติ

๕) คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดมุกดาหาร พิจารณานุมัติ โครงการ

๖) กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดมุกดาหารจัดทำบันทึกข้อตกลงกับหน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการ

๗) กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดมุกดาหารเบิกจ่ายเงินให้กับหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กำหนด

๘) หน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการ ดำเนินงานตามโครงการที่ได้รับอนุมัติ และรายงานผลการดำเนินงาน ตามโครงการให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดมุกดาหารทราบ

รายละเอียดกิจกรรม

๑) ห้องน้ำและห้องอาบน้ำ เช่น ติดตั้งราวจับอุปกรณ์พยุงตัว วัสดุปูพื้นและปรับระดับพื้นเรียบ ไม่ลื่น ปรับเปลี่ยนสุขภัณฑ์และอุปกรณ์ที่ถูกสุขอนามัย ปรับแสงสว่างและการระบายอากาศระบบสุขาภิบาลและการระบายน้ำที่ดี

๒) บันได ติดตั้งราวจับพยุงตัวที่แข็งแรง ราวกันตก จมูกบันไดกันลื่น ขยายชั้นลูกนอน และปรับลดระยะชั้น ลูกตั้งไม่ให้ชันและตั้งเกินไป และปรับบานพับ

๓) ทางเดินภายในบ้าน ห้องนอน เติงนอน พื้นที่พักผ่อน ห้องครัว ห้องอาหารภายในอาคาร โดยติดตั้งราวจับอุปกรณ์พยุงตัวที่แข็งแรงในพื้นที่ที่ใช้งานบ่อย วัสดุปูพื้นและปรับระดับพื้นเรียบไม่ลื่น แสงสว่างและการระบายอากาศ การจัดเก็บสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ ให้เข้าที่ และติดตั้งผลิตภัณฑ์และสิ่งอำนวยความสะดวก มือจับ เติงที่ ห้อยขาถูเองได้

๔) หลังคา ชานบ้าน สวน ทางเดินรอบบ้าน ภายนอกอาคาร เช่น การปรับปรุงทางเดิน ทางลาด ราวจับเดิน และที่จอดรถ

๕) รายละเอียดอื่นๆ เพื่อให้ที่อยู่อาศัยมีความมั่นคงแข็งแรงและปลอดภัย

แผนการดำเนินงาน/แผนการใช้จ่ายงบประมาณ

กิจกรรม	เป้าหมายการดำเนินงาน	แผนการดำเนินงาน
(ต.ค.-ธ.ค.)	ไตรมาส ๑	
(ม.ค.-มี.ค.)	ไตรมาส ๒	
(เม.ย.-มิ.ย.)	ไตรมาส ๓	
(ก.ค.-ก.ย.)	ไตรมาส ๔	

โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประจำปี.....

จำนวนบ้าน.....หลัง จำนวนเงิน.....บาท

๔. ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่เริ่มต้น.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่สิ้นสุด.....เดือน.....พ.ศ.....

๕. งบประมาณ

จากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดมุกดาหาร จำนวนทั้งสิ้น.....บาท

(.....) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายดังนี้... (ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้อง กับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ).....

๖. ผู้ดำเนินงาน หรือผู้รับผิดชอบ

ระบุชื่อ อบจ. เทศบาล หรืออบต.(ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๙ (๒))

๗. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๗.๑ ลดความเสี่ยงของอันตรายที่จะเกิดขึ้น และป้องกันความพิการซ้ำซ้อน

๗.๒ กลุ่มเป้าหมายตระหนักถึงความสามารถที่เหลืออยู่ และรู้คุณค่าของตนเอง

๗.๓ กลุ่มเป้าหมายสามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น หรือเป็นภาระน้อยที่สุด

ผู้เสนอโครงการ

(.....)

ตำแหน่ง นายกอบจ. เทศบาล หรืออบต.

ผู้ตรวจสอบโครงการ

(.....)

ประธานคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต กองทุนฯ

ผู้เห็นชอบโครงการ

(.....)

กรรมการ/เลขานุการกองทุนฯ

ผู้อนุมัติโครงการ

(.....)

ประธานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดมุกดาหาร

รายงานผลการดำเนินงาน โครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่ง
เจ็บป่วย และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปี

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	รายการปรับ สภาพแวดล้อม	ค่าใช้จ่าย (บาท)
๑			- ห้องน้ำละห้องอาบน้ำ - บันได ติดตั้งราวจับ - ทางเดินภายในบ้าน ห้องนอนเตียงนอน - หลังคา ชานบ้าน สวน ทางเดินรอบบ้าน ภายนอก อาคาร และอื่นๆ	
๒				
๓				
๔				
รวม			หลัง	บาท

แบบคำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ
ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ประวัติบุคคล

๑. คำนำหน้าชื่อ (ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล

.....
เชื้อชาติ.....สัญชาติ..... ศาสนา.....

๒. เลขที่บัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ กรณีไม่มีเนื่องจาก.....

๓. วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

๔. สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ สมรสแยกกันอยู่
☐ หย่าร้าง ☐ ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน ☐ หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

๕. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

ชื่อสถานที่..... รหัสประจำบ้าน □□□□-□□□□□□-□
บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ตรอก..... ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์..... โทรสาร.....

๖. ที่อยู่ปัจจุบัน

☐ ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียน จำนวนผู้อยู่อาศัย.....คน
(กรณีเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ให้ทำเครื่องหมาย / ใน ☐ และข้ามไปกรอกข้อ ๗)
ชื่อสถานที่..... รหัสประจำบ้าน □□□□-□□□□□□-□
บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ตรอก..... ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์..... โทรสาร.....

๗. สมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย

ที่	ชื่อ-สกุล	อายุ	เกี่ยวข้องเป็น	อาชีพ	รายได้ (บ/ด)	หมายเหตุ

๘. ลักษณะที่อยู่อาศัย ☐ บ้านตนเอง ☐ อาศัยผู้อื่นอยู่ ☐ บ้านเช่า ☐ อยู่กับผู้จ้าง ☐ ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง
สภาพที่อยู่อาศัยปัจจุบัน

๙. ประเภทผู้ประสบปัญหา

- ☐ ผู้พิการ ประเภทของความพิการ.....
☐ จดทะเบียนคนพิการ เลขบัตรประจำตัวคนพิการ.....ระดับความพิการ.....
☐ ไม่ได้จดทะเบียนคนพิการ
☐ ผู้สูงอายุ
☐ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน
☐ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

๑๐. ระดับการศึกษา

- ☐ ไม่ได้รับการศึกษา/ไม่จบชั้นประถมศึกษา ☐ ประถมศึกษา
☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย
☐ ปวช./เทียบเท่า ☐ ปวส. / อนุปริญญา / เทียบเท่า
☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี ☐ อื่น (ระบุ).....

๑๑. อาชีพ

- ☐ ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน ☐ นักเรียน/นักศึกษา ☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ☐ ฤกษ์/สามเณร/แม่ชี
☐ เกษตรกร (ทำไร่/นา/สวน/เลี้ยงสัตว์/ประมง) ☐ รับจ้าง ☐ ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ
☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ พนักงานบริษัท ☐ อื่นๆ ระบุ.....

๑๒. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท ที่มาของรายได้ ☐ ด้วยตนเอง ☐ ผู้อื่นให้

๑๓. ชื่อบุคคลที่สามารถติดต่อได้.....ความเกี่ยวข้อง.....เบอร์โทรศัพท์.....

๑๔. การได้รับความช่วยเหลือ / สวัสดิการ อุปกรณ์ / เครื่องช่วย ที่เคยได้รับ

๑.จาก.....จำนวน.....ชิ้น
 ๒.จาก.....จำนวน.....ชิ้น

๑๕. สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ เลือกตอบได้ (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

- ☐ ไม่มีที่อยู่อาศัย ☐ ไม่มีรายได้ ☐ รู้สึกด้อยกว่าผู้อื่น
☐ ถูกรังเกียจเหยียดหยาม ☐ ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ ☐ ครอบครัวหรือผู้อุปการะมีฐานะยากจน
☐ ไม่มีโอกาสเรียนหนังสือ ☐ ไม่ได้รับการฝึกอาชีพ ☐ ไม่มีเงินทุนประกอบอาชีพ
☐ มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ ☐ ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู ☐ มีความลำบากเมื่อออกนอกบ้าน
☐ ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ ☐ เงินไม่พอใช้จ่าย
☐ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนหรือการปรับตัวที่เหมาะสม ☐ ไม่มีคนอุปการะ/ไร้ที่พึ่ง
☐ ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ☐ ไม่มีงานทำ
☐ ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน ☐ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชีวิตประจำวัน
☐ ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง

๑๖. ความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง

☐ พื้นบ้าน / หลังคา / บันได☐ ฝ้ายบ้าน / ห้องนอน / ประตู / หน้าต่าง / ระบบไฟฟ้า (สวิตช์ไฟฟ้า / ปลั๊กไฟ / สายไฟ)☐ ห้องน้ำ / ห้องสุขา☐ ระเบียง / ซานบ้าน☐ อื่นๆ (ระบุ).....

การตรวจประเมินการปรับปรุงสภาพ

ตรวจประเมินวันที่.....

ชื่อ-นามสกุลเจ้าหน้าที่.....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

ลงชื่อ.....ผู้บันทึกข้อมูล(หน่วยงานที่ขอ)
(.....)ความเห็นของผู้ประเมิน (สิ่งที่ควรปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัยตามสภาพคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง).....
.....ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน (นักกายภาพบำบัดประจำโรงพยาบาล)
(.....)ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)
(.....)

แบบประเมินการปรับสภาพแวดล้อมสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ
ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ประวัติส่วนบุคคลของผู้รับการประเมิน

๑. วันที่ออกประเมิน
๒. คำนำหน้าชื่อ (ค.ช./ค.ญ./นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....
๓. เลขที่บัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□ กรณีไม่มีเนื่องจาก.....
๔. วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
๕. สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ สมรสแยกกันอยู่
☐ หย่าร้าง ☐ ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน ☐ หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

๖. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

ชื่อสถานที่..... รหัสประจำบ้าน □□□□-□□□□□□-□
บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ตรอก..... ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์..... โทรสาร.....

๗. ที่อยู่ปัจจุบัน

☐ ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียน จำนวนผู้อยู่อาศัย.....คน
(กรณีเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ให้ทำเครื่องหมาย / ใน ☐ และข้ามไปกรอกข้อ ๘)
ชื่อสถานที่..... รหัสประจำบ้าน □□□□-□□□□□□-□
บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ตรอก..... ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์..... โทรสาร.....

๘. ลักษณะที่อยู่อาศัย ☐ บ้านตนเอง ☐ อาศัยผู้อื่นอยู่ ☐ บ้านเช่า ☐ อยู่กับผู้จ้าง ☐ ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง
☐ ชั้นเดียว ☐ สองชั้น ผู้พิการ/ผู้สูงอายุพักชั้น.....

๙. ลักษณะห้องน้ำ ราวจับ ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ชักโครก ☐ ส้วมซึม ☐ ผ้าอ้อม ☐ อื่นๆ

สภาพที่อยู่อาศัยและความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง

- ☐ พื้นบ้าน/หลังคา/บันได
☐ ฝ้าบ้าน/ห้องนอน/ประตู/หน้าต่าง/ระบบไฟฟ้า (สวิตช์ไฟฟ้า/ปลั๊กไฟ/สายไฟ)
☐ ห้องน้ำ/ห้องสุขา ☐ ระเบียง/ชานบ้าน ☐ อื่นๆ(ระบุ).....

๑๐. ประเภทผู้ประสบปัญหา

- ☐ ผู้พิการ ประเภทของความพิการ.....
☐ จดทะเบียนคนพิการ เลขบัตรประจำตัวคนพิการ.....ระดับความพิการ.....
☐ ไม่ได้จดทะเบียนคนพิการ
☐ ผู้สูงอายุ
☐ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน
☐ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

๑๑. ระดับการศึกษา

- ☐ ไม่ได้รับการศึกษา/ไม่จบชั้นประถมศึกษา ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ ปวช./เทียบเท่า ☐ ปวส. / อนุปริญญา / เทียบเท่า
☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี ☐ อื่น (ระบุ).....

๑๒. อาชีพ

- ☐ ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน ☐ นักเรียน/นักศึกษา ☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ☐ ภาครัฐ/สามเณร/แม่ชี
☐ เกษตรกร (ทำไร่/นา/สวน/เลี้ยงสัตว์/ประมง) ☐ รับจ้าง ☐ ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ
☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ พนักงานบริษัท ☐ อื่นๆ ระบุ.....

๑๓. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท ที่มาของรายได้ ☐ ด้วยตนเอง ☐ ผู้อื่นให้

๑๔. ชื่อที่สามารถติดต่อได้.....ความเกี่ยวข้อง.....เบอร์โทรศัพท์.....

๑๕. การได้รับความช่วยเหลือ / สวัสดิการ อุปกรณ์ / เครื่องช่วย ที่เคยได้รับ

๑.จาก.....จำนวน.....ชิ้น
 ๒.จาก.....จำนวน.....ชิ้น
 ๓.จาก.....จำนวน.....ชิ้น

ความคิดเห็นของคณะกรรมการประเมินฯ

.....

ลงชื่อ.....คณะกรรมการ ลงชื่อ.....คณะกรรมการ
 (.....) (.....)

ลงชื่อ.....คณะกรรมการ ลงชื่อ.....คณะกรรมการ
 (.....) (.....)

ลงชื่อ.....คณะกรรมการ ลงชื่อ.....คณะกรรมการ
 (.....) (.....)

ลงชื่อ.....คณะกรรมการ ลงชื่อ.....คณะกรรมการ
 (.....) (.....)

ลงชื่อ.....คณะกรรมการ ลงชื่อ.....คณะกรรมการ
 (.....) (.....)

หนังสือให้ความยินยอมในการปรับสภาพแวดล้อม/ปรับปรุง/ซ่อมแซม

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 ให้แก่คนพิการ ตามโครงการฯ ของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดมุกดาหาร

๒. ข้าพเจ้าและครอบครัวที่มีความประสงค์และยินยอมให้มีการซ่อมแซม / ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้ ตามรายการและระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่กำหนดทุกประการ

๓. เพื่อให้การดำเนินการซ่อมแซม / ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยด้วยดี ข้าพเจ้าและบริวารหรือตัวแทนของข้าพเจ้า ชื่อ.....จะอยู่ร่วมมือร่วมแรงและช่วยอำนวยความสะดวกทุกด้านอย่างเต็มกำลังความสามารถแก่คณะทำงานฯ ตลอดระยะเวลาของการ ซ่อมแซม/ปรับปรุง บ้านพักอาศัยหลังนี้ โดยไม่เรียกร้องค่าตอบแทนใดๆทั้งสิ้น

๔. ในกรณีที่มิมีสาเหตุสุดวิสัยหรือความเสียหายใดๆเกิดขึ้นในระหว่างการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้โดย ข้าพเจ้าหรือตัวแทนของข้าพเจ้าได้รับรู้ด้วยแล้ว ข้าพเจ้าและครอบครัวจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายและสิทธิใดๆทั้งสิ้นจาก กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดมุกดาหารและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่อย่างใด

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หมายเหตุ แบบเอกสารประกอบได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของบ้านพักอาศัยและคนพิการในครอบครัว

แบบประเมินการปรับสภาพแวดล้อม/ค่าซ่อมแซม/ปรับปรุง.....

สถานที่ดำเนินงานบ้านเลขที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

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

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

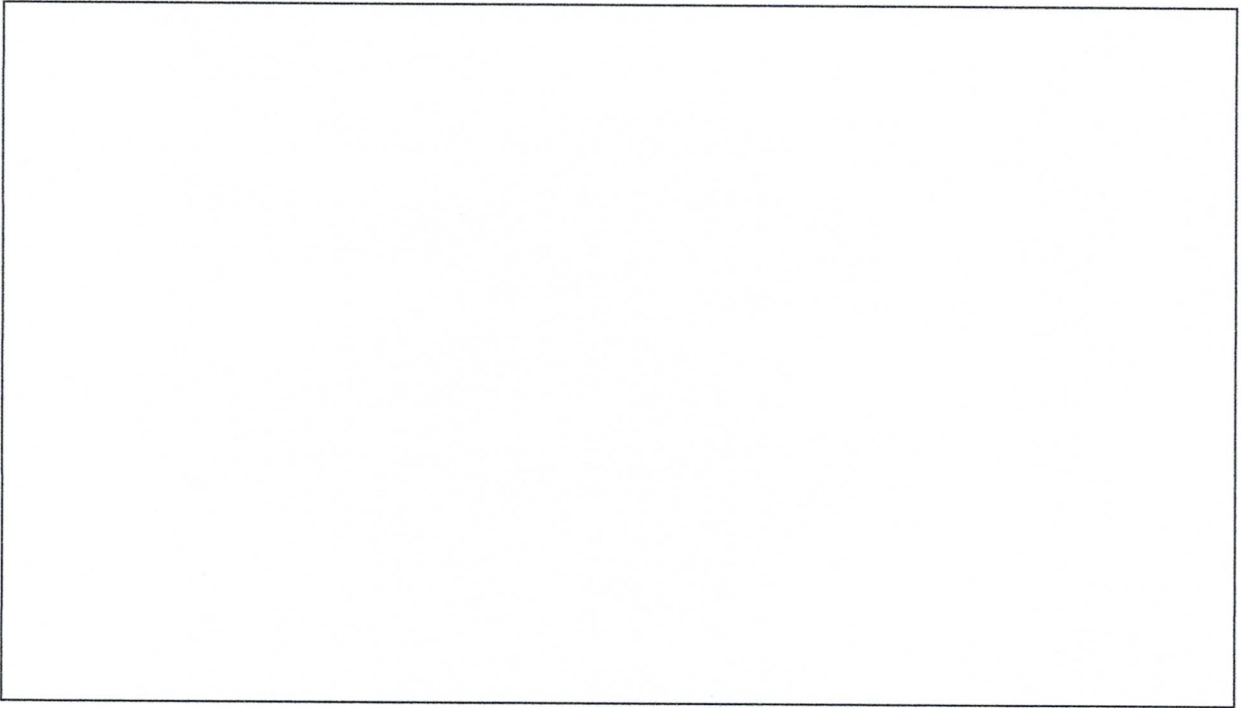
[illegible]

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

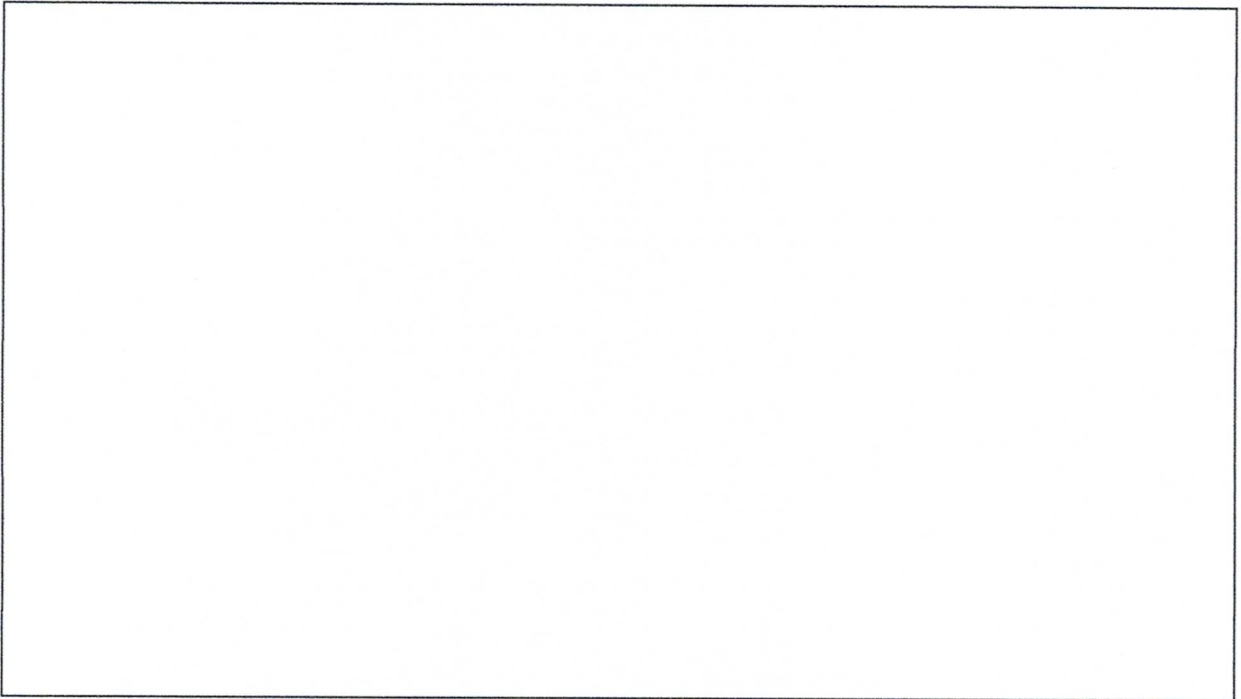
ระยะเวลาดำเนินงาน.....วัน (โดยคำนวณจากปริมาณงาน)

/ภาพถ่ายสภาพ...

ภาพถ่ายสภาพที่อยู่อาศัยภายในบ้าน



ภาพถ่ายสภาพที่อยู่อาศัยภายนอกบ้าน



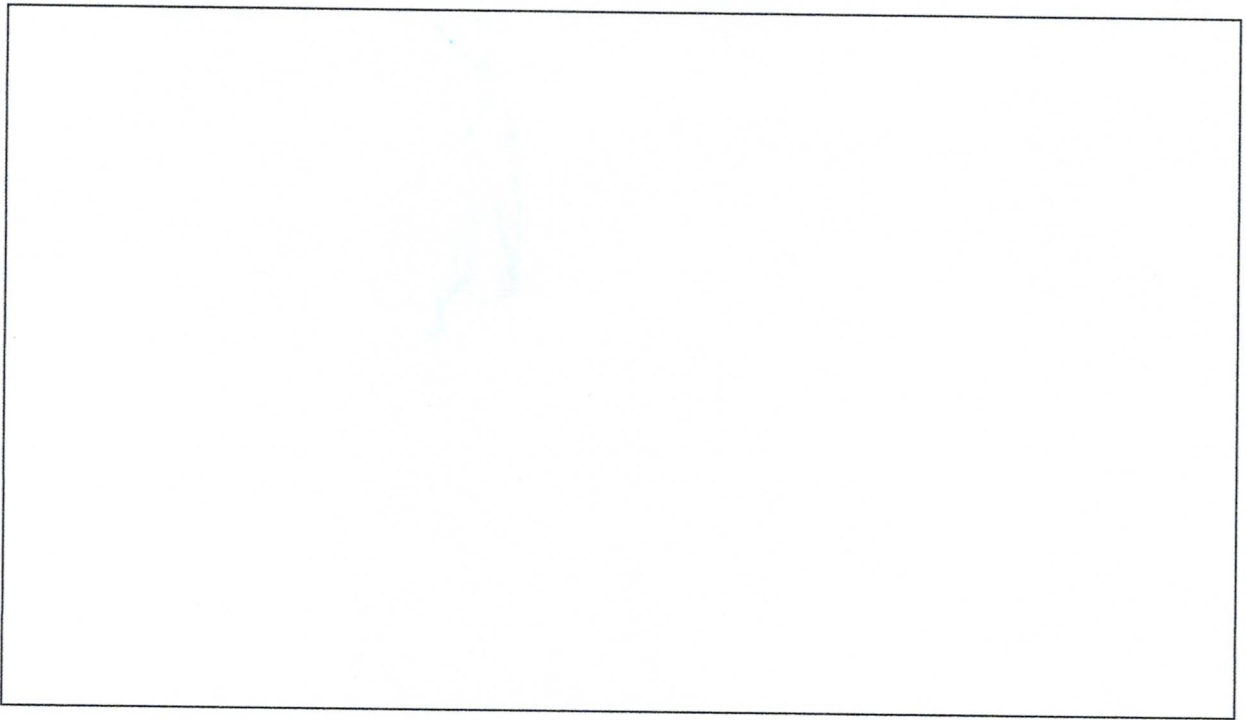
แบบรายงานการปรับสภาพแวดล้อม/ปรับปรุง/ซ่อมแซมที่อยู่อาศัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดมุกดาหาร

ที่	ชื่อ-สกุล/เลข ประจำตัวคน พิการ	อายุ (ปี)	ที่อยู่	ประเภท ความพิการ	รายละเอียดการปรับ สภาพแวดล้อมที่อยู่ อาศัย	งบประมาณ (บาท)	
						ที่ได้รับ	เบิกจ่าย

***หมายเหตุ หากดำเนินการเสร็จสิ้นแล้วให้รับดำเนินการรายงานให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดมุกดาหารทราบโดยทันที พร้อมภาพถ่ายการดำเนินงาน ก่อน-หลัง การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ภาพถ่ายก่อนดำเนินการ



ภาพถ่ายหลังดำเนินการ

