



ที่ สฎ ๐๐๒๓.๓/ว ๕๐๗

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
จังหวัดสุราษฎร์ธานี
ศาลากลางจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ถนนดอนนก อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี
สฎ ๘๔๐๐๐

๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

เรื่อง ประชาสัมพันธ์สนับสนุนโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ

เรียน ท้องถิ่นอำเภอ ทุกอำเภอ (ยกเว้นอำเภอเกาะสมุย) นายกเทศมนตรี และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ทุกแห่ง
สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ สฎ ๐๐๐๕/๓๐๘

ลงวันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานีแจ้งว่า กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ได้จัดสรรงบประมาณสนับสนุนโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ ตามแนวทางการดำเนินงานโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ ทั้งนี้ มีการปรับอัตราค่าใช้จ่ายในการดำเนินโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการให้เหมาะสม และปลอดภัย รวมทั้งค่าบริหารจัดการ และค่าตอบแทนในอัตราเหมาจ่ายหลังละไม่เกิน ๔๐,๐๐๐.-บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน)

ดังนั้น เพื่อเป็นการส่งเสริมคนพิการให้เข้าถึงสิทธิ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๒๐ คนพิการเข้าถึงสิทธิและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวก ขอบประชาสัมพันธ์โครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทราบ หากมีความประสงค์ขอปรับสภาพแวดล้อมสำหรับคนพิการให้ยื่นแบบฟอร์มคำขอโครงการฯ ส่งไปยังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป สำหรับสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอ เพื่อทราบและประสานงาน

ขอแสดงความนับถือ

(นายศิริศักดิ์ รุ่งเด็ก)

ท้องถิ่นจังหวัดสุราษฎร์ธานี

กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น

โทรศัพท์ ๐ ๗๗๒๗ ๒๒๑๘



ที่ สฎ ๐๐๐๕ / ๓๑๖๔

ศาลากลางจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ถนนคอนนค อ.เมืองฯ
จ.สุราษฎร์ธานี ๘๔๐๐๐

๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

เรื่อง ประชาสัมพันธ์สนับสนุนโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ

เรียน ท้องถิ่นจังหวัดสุราษฎร์ธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.คู่มือปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
๒.แบบฟอร์มคำขอโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ จำนวน ๑ ชุด

ตามที่กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ได้จัดสรรงบประมาณสนับสนุนโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ ตามแนวทางการดำเนินงานโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ ทั้งนี้ มีการปรับอัตราค่าใช้จ่ายในการดำเนินโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ ให้เหมาะสม และปลอดภัย รวมทั้งค่าบริหารจัดการ และค่าตอบแทนในอัตราเหมาจ่ายหลังละไม่เกิน ๕๐,๐๐๐.-บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน) นั้น

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยศูนย์บริการคนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี จึงเรียนมายังท่านประธานไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง เพื่อมอบหมายเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้านโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการทราบและประชาสัมพันธ์แก่ครอบครัวคนพิการที่ประสงค์ขอปรับสภาพแวดล้อมสำหรับคนพิการ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ เพื่อเป็นการส่งเสริมคนพิการให้เข้าถึงสิทธิ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.๒๕๕๐ มาตรา ๒๐ คนพิการเข้าถึงสิทธิและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการประชาสัมพันธ์ในส่วนที่เกี่ยวข้อง ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวอังค์ ไชคชัยวัฒนา)

นักพัฒนาสังคมชำนาญการพิเศษ รักษาการแทน
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดสุราษฎร์ธานี

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี

โทร ๐ ๗๗๓๖ ๑๙๑๖ / โทรสาร ๐ ๗๗๓๕ ๕๐๘๐ ต่อ ๕

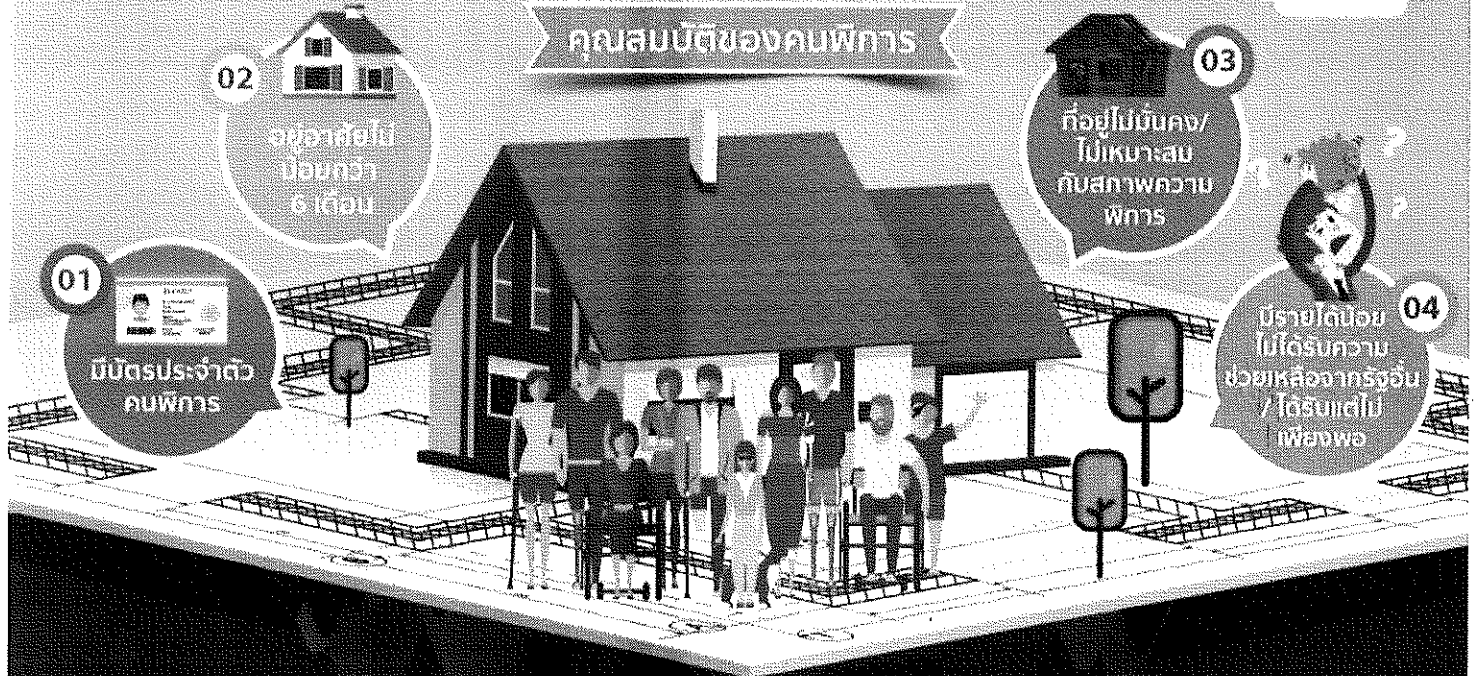
การปรับสภาพแวดล้อม



ที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ

รายละไม่เกิน 40,000 บาท

คุณสมบัติของคนพิการ



หลักฐานของคนพิการ

1. สำเนารายงานการประชุมในการทำประชาคม
2. ประมาณการค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพบ้าน
3. แบบรายงานการลงสภาพครอบครัวคนพิการ
4. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ
5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ถ้ามี)
6. สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ

ขั้นตอน



- กรณีที่ไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัยต้องมีหลักฐานจากยินยอมจากเจ้าของ
- กรณีเป็นบ้านเช่าต้องมีหลักฐานว่าอยู่อาศัยได้ไม่น้อยกว่า 6 เดือน

ติดต่อสอบถามได้ที่ 02 354 3388 ต่อ 207 หรือศูนย์บริการคนพิการจังหวัดทั่วประเทศ

คำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ

๑. ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
 เลขที่บัตรประจำตัวคนพิการ.....ประเภทความพิการ.....
 อายุ.....ปี อาชีพ.....
 รายได้.....บาทต่อเดือน/ปี

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

๓. สมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย

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

๔. ลักษณะที่อยู่อาศัย

ของตนเอง อาศัยผู้อื่นอยู่ ระบุ.....

สภาพที่อยู่อาศัยและความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง

พื้นบ้าน / หลังคา / บันได

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

ห้องน้ำ / ห้องสุขา

ระเบียง / ขานบ้าน

อื่นๆ (ระบุ).....

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

อื่นๆ(ระบุ).....

๖. ความคิดเห็นเจ้าหน้าที่

เห็นควรให้ความช่วยเหลือ.....

เห็นควรให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เนื่องจาก.....

ลงชื่อผู้สอบข้อเท็จจริง.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

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

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/ปรับปรุงบ้านพักอาศัย
ให้แก่คนพิการตามโครงการฯ ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

๒. ข้าพเจ้าและครอบครัวที่มีความประสงค์และยินยอมให้มีการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัย
หลังนี้ตามรายการและระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่กำหนดทุกประการ

๓. เพื่อให้การดำเนินการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยด้วยดี
ข้าพเจ้าและบริวารหรือตัวแทนของข้าพเจ้า ชื่อ..... (ตัวแทนของผู้ให้ความ
ยินยอม) จะอยู่ร่วมมีพร้อมแรงและช่วยอำนวยความสะดวกทุกด้านอย่างเต็มที่กำลังความสามารถแก่
คณะทำงานฯ ตลอดระยะเวลาของการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้ โดยไม่เรียกร้องค่าตอบแทน
ใดๆทั้งสิ้น

๔. ในกรณีที่มีสาเหตุสุดวิสัยหรือความเสียหายใดๆเกิดขึ้นในระหว่างการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพัก
อาศัยหลังนี้โดยที่ข้าพเจ้าหรือตัวแทนของข้าพเจ้าได้รับรู้ด้วยแล้ว ข้าพเจ้าและครอบครัวจะไม่เรียกร้อง
ค่าเสียหายและสิทธิใดๆทั้งสิ้นจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นแต่อย่างใด

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หมายเหตุ แนวนเอกสารประกอบได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของ
บ้านพักอาศัยและคนพิการในครอบครัว

แบบประมาณการค่าใช้จ่าย

แบบประเมินการค่าซ่อมแซม/ปรับปรุง.....
ชื่อเจ้าบ้าน..... โดยมีคนพิการขอรับการซ่อมแซม/ปรับปรุง ชื่อ.....
สถานที่ดำเนินงานบ้านเลขที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
ผู้ประมาณการชื่อ..... นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

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

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)
ระยะเวลาดำเนินงาน.....วัน (โดยคำนวณจากปริมาณงาน)

(.....)
ผู้ประมาณการ

แบบรายงานการสอบสภาพครอบครัวคนพิการที่สมควรได้รับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

จังหวัด.....

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ-นามสกุล.....บ้านเลขที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....

2. เพศ ชาย หญิง

3. อายุ (เต็ม)ปี

4. สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่

5. คู่สมรส เป็นคนพิการหรือไม่

ไม่เป็น เป็น โปรดระบุประเภทความพิการ.....

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 หรือออทิสติก
- ความพิการทางสติปัญญา
- ความพิการทางการเรียนรู้

9. มีลักษณะความพิการอื่นๆ หรือไม่

ไม่มี มี โปรดระบุ.....

10. ท่านเป็นสมาชิกองค์กรคนพิการหรือไม่

ไม่เป็น เป็น โปรดระบุชื่อองค์กร.....

11. ท่านมีเอกสารสำคัญต่อไปนี้หรือไม่

11.1 ชื่อในทะเบียนบ้าน ไม่มี

11.2 บัตรประชาชน ไม่มี มี ระบุเลขรหัสประจำตัวประชาชน.....

11.3 สมุดหรือประจำตัวคนพิการ ไม่มี

12. ลักษณะสุขภาพโดยรวม

- แข็งแรงมาก ช่วยเหลือตัวเองได้
- ไม่ค่อยแข็งแรง ต้องการการดูแลบ้าง
- ไม่แข็งแรง ต้องการการดูแลเป็นส่วนใหญ่
- อ่อนแอ ต้องการการดูแลตลอดเวลา

13. โรคประจำตัว

ไม่มี มี โปรดระบุ.....

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

15. ระดับการศึกษาสูงสุด กำลังศึกษาอยู่ในระดับ โปรรถระบุ.....
 ประถมศึกษา (ระบุ).....
 มัธยมศึกษา (ระบุ).....
 อุดมศึกษา (ระบุ).....
 ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)
 ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)
 ไม่ได้เรียน
 อ่านและเขียนหนังสือได้ อ่านได้ แต่เขียนเขียนหนังสือไม่ได้
 อ่านและเขียนเขียนหนังสือไม่ได้

16. ปัจจุบัน ท่านประกอบอาชีพหรือไม่
 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ประกอบอาชีพ

17. กรณี ประกอบอาชีพท่านประกอบอาชีพใด (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ขายสลากกินแบ่งรัฐบาล | <input type="checkbox"/> นวดแผนโบราณ | <input type="checkbox"/> พยากรณ์ชะตาชีวิต |
| <input type="checkbox"/> เล่นดนตรี | <input type="checkbox"/> พนักงานสลับสายโทรศัพท์ | <input type="checkbox"/> เกษตรกรรม |
| <input type="checkbox"/> หัตถกรรม | <input type="checkbox"/> ครู / อาจารย์ | <input type="checkbox"/> ข้าราชการหรือลูกจ้างหน่วยราชการ |
| <input type="checkbox"/> รับจ้าง | <input type="checkbox"/> พนักงานหรือลูกจ้างหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ | |
| <input type="checkbox"/> พนักงานหรือลูกจ้างบริษัทห้างร้านหรือองค์กร เอกชน | <input type="checkbox"/> เกษียณ อายุแล้ว | |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ..... | | |

18. รายได้ต่อเดือน ไม่มีรายได้ เบี้ยยังชีพคนพิการเดือนละ.....บาท
(เลือกได้มากกว่า 1 รายการ) เงินบำนาญ เดือนละ.....บาท งานอดิเรกเดือนละ.....บาท
 ลูก/หลาน/บิดา/มารดา/ญาติให้เดือนละ.....บาท
 การทำงานเดือนละ.....บาท
 คู่สมรสเดือนละ.....บาท

19. รายจ่ายต่อเดือน (เลือกได้มากกว่า 1 รายการ)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีรายจ่าย | <input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เดือนละ.....บาท |
| <input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายสำหรับที่อยู่อาศัยเดือนละ.....บาท | <input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายทั่วไปและอาหารเดือนละ.....บาท |
| <input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายในการทำบุญ เดือนละ.....บาท | <input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เดือนละ.....บาท |

20. ผู้ดูแล (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
- | | | | |
|---|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> คู่สมรส | <input type="checkbox"/> บุตร/หลาน | <input type="checkbox"/> ญาติพี่น้อง | <input type="checkbox"/> ว่าจ้างผู้ดูแล |
| <input type="checkbox"/> เพื่อน/ เพื่อนบ้าน | <input type="checkbox"/> อปพร. | <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... | |

21. ท่านต้องใช้อุปกรณ์ช่วย หรือไม่
- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | | | |
| <input type="checkbox"/> ใช้อุปกรณ์ คือ | <input type="checkbox"/> ไม่เท้าขาว | <input type="checkbox"/> แขน ขาเทียม | <input type="checkbox"/> รถเข็น |
| | <input type="checkbox"/> walker | <input type="checkbox"/> สเตต (อุปกรณ์ในการเขียนอักษรเบรลล์) | <input type="checkbox"/> รถสามล้อโยก |
| | <input type="checkbox"/> หมุดไม้ (สำหรับสัมผัสจุดซึ่งเป็นลักษณะของอักษรเบรลล์) | <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) | <input type="checkbox"/> เครื่องช่วยฟัง |

ตอนที่ 2 ข้อมูลการอยู่อาศัย

22. ลักษณะของที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน
- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> บ้านเดี่ยว | <input type="checkbox"/> บ้านไม้ยกพื้น | <input type="checkbox"/> บ้านสองชั้น/ครึ่งตึกครึ่งไม้ |
| <input type="checkbox"/> ทาวน์เฮ้าส์ | <input type="checkbox"/> ตึกแถว | <input type="checkbox"/> ห้องแถว |
| <input type="checkbox"/> บ้านแฝด | <input type="checkbox"/> อพาร์ทเมนท์ | <input type="checkbox"/> อื่นๆ |
- พื้นที่.....ตารางวา

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 (เลือกได้มากกว่า 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"/> นานๆ ครั้ง (เดือนละ 1 – 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)			ทุกวัน	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 - ชมวิว						- - - - -
<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/ไม่ต้อนรับแขกในบ้าน
<input type="checkbox"/> 2. ลูก/หลาน/ญาติ มาเยี่ยม						<input type="checkbox"/> ไม่มี/ไม่ต้อนรับแขกในบ้าน
<input type="checkbox"/> 3. อสม. พยาบาล มาเยี่ยม						<input type="checkbox"/> ไม่มี/ไม่ต้อนรับแขกในบ้าน

30. ภายนอกตัวบ้าน (แต่ยังอยู่ในบริเวณที่ดินที่ครอบครอง) ของท่าน ท่านทำกิจกรรมใดบ้าง และมีความถี่ของกิจกรรมในระดับใด

กิจกรรม	ความถี่ (ครั้ง/สัปดาห์)			ทุกวัน	ระบุสถานที่	ระบุกิจกรรม
	1-2	3-4	5-6			
<input type="checkbox"/> 1. ทำงาน						
<input type="checkbox"/> 2. นั่งพักผ่อน - ชมวิว						- - - - -
<input type="checkbox"/> 3. อ่านหนังสือ						- - - - -
<input type="checkbox"/> 4. พุดคุยกับเพื่อนบ้าน						- - - - -
<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)

การขับปาก วันละ ครั้ง

การแปรงฟัน วันละ ครั้ง

การอาบน้ำ วันละ ครั้ง

การสระผม สัปดาห์ละ ครั้ง

การเปลี่ยนเสื้อผ้า วันละ ครั้ง

การตรวจสุขภาพประจำปี ปีละ ครั้ง

33. ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านได้รับบาดเจ็บจากสาเหตุต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- หกล้ม จำนวน.....ครั้ง/ปี
- ตกบันได จำนวน.....ครั้ง/ปี
- กรณีที่เคยหกล้ม/หรือตกบันได สาเหตุเกิดจาก
 - สะดุดสิ่งของที่วางเกะกะ
 - พื้นผิวมีลักษณะขรุขระไม่เรียบหรือมีขอบสูงทำให้สะดุด
 - สลื่นจากพื้นที่เปียก และ
 - บริเวณที่เกิดเหตุมืด /ไม่สว่าง/ไม่มีไฟ
 - แขนขาอ่อนแรงไปเฉยๆ
 - สัตว์เลี้ยง เช่น แมว / สุนัขวิ่งชนหรือขวางทางเดิน
 - หน้ามืด / เวียนศีรษะ / เป็นลม
 - อื่น ๆ (ระบุ).....
- จากยานพาหนะจำนวน.....ครั้ง/ปี
 - รถยนต์จำนวน.....ครั้ง/ปี
 - จักรยานยนต์จำนวน.....ครั้ง/ปี
 - จักรยานจำนวน.....ครั้ง/ปี
 - พาหนะอื่น ๆจำนวน.....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
 - ระเบียงบ้าน/ระเบียงบ้าน จำนวน ครั้ง
 - บันได จำนวน ครั้ง
 - ใต้ถุนบ้าน จำนวน ครั้ง
 - อื่นๆ (ระบุ).....
- ได้รับบาดเจ็บภายนอกบ้าน
 - ทางเดินเข้าบ้าน จำนวน ครั้ง
 - โรงจอดรถ จำนวน ครั้ง
 - บริเวณสนาม ส่วนที่พักผ่อน เช่น สวนปลูกต้นไม้ จำนวน ครั้ง
 - สถานที่อื่นๆ ที่ไม่ใช่บ้าน (ระบุเช่น ถนน ลานวัด).....

35. ท่านเลี้ยงสัตว์หรือไม่

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

36. ท่านปลูกพืช / ดูแลสวน / ต้นไม้ในบริเวณบ้านหรือที่พำนักของท่านหรือไม่

- ไม่ทำ
- ทำ บริเวณ

ตอนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการอยู่อาศัยในปัจจุบัน

37. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับลักษณะทางเดินภายในบ้าน

- เหมาะสมแล้ว
- ควรปรับปรุง (ระบุ).....

38. สภาพปัจจุบันมีการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง การจัดส่วนพื้นที่ใช้สอยใหม่หรือไม่ (สังเกต + สัมภาษณ์)

- ไม่มี เพราะ
- มี สาเหตุของการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลงคือ
 - ภาวะทางสุขภาพ (ความพิการ)
 - ต้องการความเป็นส่วนตัว
 - อื่นๆ (ระบุ).....

39. สภาพปัจจุบันมีการต่อเติมชั้นลอย/เพิ่มพื้นที่ใช้สอยหรือไม่ (สังเกต + สัมภาษณ์)

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

40. วัสดุปูพื้นของพื้นที่ต่อไปนี้

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

41. สภาพปัจจุบันมีการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง อุปกรณ์ประกอบอาคารหรือไม่

- ไม่มี เพราะ
- มี อุปกรณ์อาคารที่ปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง คือ (โปรดระบุสาเหตุที่เปลี่ยนด้วย)
- ประตูสาเหตุ
 - หน้าต่างสาเหตุ
 - อุปกรณ์ในห้องน้ำสาเหตุ
 - สวิตซ์/ปลั๊กสาเหตุ
 - อุปกรณ์พื้นที่ซีกล่าง (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
- เสียงเครื่องปั้น เสียงเพื่อนบ้าน อื่นๆ (ระบุ).....

47. ในบ้านของท่านมีบันไดขึ้น-ลงสะดวกหรือไม่ อย่างไร

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

48. พื้นที่ใช้สอยในบ้านของท่านมีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร

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

49. พื้นที่ภายนอกบ้านควรมีการปรับปรุงหรือไม่ อย่างไร

- ไม่ต้องปรับปรุงใด ๆ
- ควรปรับปรุงทางเดินให้มีความสะดวกและสวยงาม
- เพิ่มหลังคาคลุมกันแดดและฝนตามทางเดิน
- เพิ่มต้นไม้ที่ให้ร่มเงา
- เพิ่มไม้ประดับที่ให้ความสวยงาม
- มีแปลงปลูกต้นไม้/ผักสวนครัว

50. ท่านพบปัญหาในเขตบ้านของท่านหรือไม่ อย่างไร

- ไม่พบปัญหา
- พบปัญหา
 - น้ำท่วมขัง
 - ยุง
 - อื่นๆ (ระบุ)

(ลงชื่อ).....ผู้สอบข้อเท็จจริง

(.....)

วันที่.....

ภาพถ่ายสภาพที่อยู่อาศัยภายในและภายนอกบ้าน