



องค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสงคราม
 เลขรับ..... 3935
 วันที่ 6 เม.ย. 67
 เวลา.....

ที่ สส ๐๐๐๕/ว ๑ ๘ ๘๗

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
 จังหวัดสมุทรสงคราม ศาลากลางจังหวัด
 สมุทรสงคราม ๗๕๐๐๐

๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์และสำรวจความต้องการรับอุปการะช่วยคนพิการ
 เรียน พลต.อ.ว.อ.ก.ก. มริศร.ส.ว. อธิ.พ.ว.อ.อ.ร.ม.ก.ว.ว.ว.น

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบคำขอความต้องการรับอุปการะช่วยคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
 ๒. เอกสารหลักฐานประกอบแบบคำขอฯ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้มีคนพิการที่ได้รับการขึ้นทะเบียนคนพิการและมีชีวิตอยู่ จำนวน ๒,๒๖๕,๕๕๗ คน ซึ่งในจำนวนนี้เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย จำนวน ๑,๑๗๒,๔๑๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๑.๗๕ มีจำนวนมาเป็นอันดับ ๑ ของจำนวนคนพิการทุกประเภทความพิการ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖) และยังมีคนพิการที่ยากจนและเป็นกลุ่มเปราะบางซึ่งเข้าไม่ถึงสิทธิและสวัสดิการเป็นจำนวนมาก มีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ เช่น อุปการะช่วยคนพิการ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตประจำวัน เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างเท่าเทียม และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างบุคคลทั่วไป

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสมุทรสงคราม ขอความร่วมมือท่านประชาสัมพันธ์และสำรวจความต้องการรับอุปการะช่วยคนพิการ ลงในแบบคำขอความต้องการรับอุปการะช่วยคนพิการ ส่งให้สำนักงานพัฒนาสังคมฯ ภายในวันศุกร์ที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ เพื่อส่งให้กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เป็นข้อมูลในการพิจารณาให้ความช่วยเหลือตามบทบาทภารกิจของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวณัฐทิศา พิชกุลเข็มศิริ)

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสมุทรสงคราม

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดสมุทรสงคราม

โทร ๐ - ๓๔๗๑ - ๒๖๑๔

โทรสาร ๐ - ๓๔๗๑ - ๕๗๓๐

ผู้ประสานงาน นายพฤทธ์ พุทธิชาติ





แบบคำขอความต้องการรับอุปการะช่วยคนพิการ

ลำดับที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

1. ข้อมูลผู้รับบริการ /ผู้ยื่นคำขอแทนคนพิการ คนพิการ ผู้ยื่นคำขอแทน

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

เลขที่บัตรประชาชน ---

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

เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

ติดต่อขอรับความช่วยเหลือโดย ตนเอง ญาติ อื่น ๆ ระบุ.....

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

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน/ที่อยู่จริงปัจจุบัน

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

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

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

โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....

สภาพที่อยู่อาศัย

มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองและมั่นคงถาวร มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองแต่ไม่มั่นคงถาวร อาศัยอยู่กับผู้อื่น

อยู่ในที่ดินบุคคลอื่น บ้านเช่า พื้นที่ดินสาธารณะ อื่น ๆ ระบุ.....

อาชีพ

ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน นักเรียน/นักศึกษา ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว เกษตรกร รับจ้าง

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

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

2. ประเภทความพิการ

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

พิการทางการเห็น พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย พิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย

พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม พิการทางสติปัญญา พิการทางการเรียนรู้ พิการออทิสติก

พิการซ้ำซ้อน

2.2 ลักษณะความพิการ.....

เอกสารประกอบแบบคำขอความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
๒. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ
๓. สำเนาทะเบียนบ้าน
๔. แบบคำขอความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

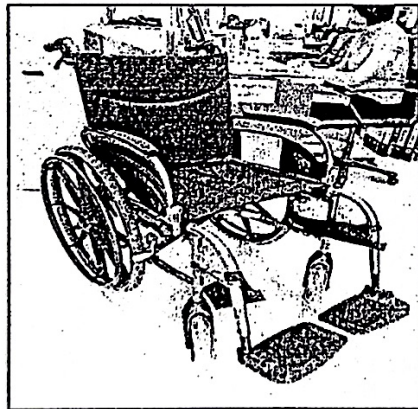
** กรณีการขอรับการอุปกรณ์ช่วยคนพิการต้องให้ตรงกับประเภทความพิการ**

ตัวอย่าง คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย สามารถขอรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการเป็น รถเข็น หรือรถสามล้อโยกชนิดมือโยก (คนพิการต้องมีกำลังแขนที่สามารถบังคับและโยกรถสามล้อโยกได้) เป็นต้น

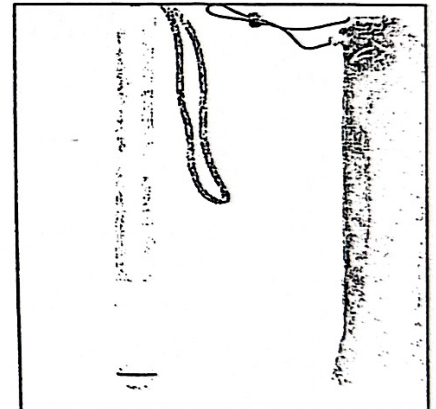
คุณสมบัติของคนพิการที่สามารถขอรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

๑. คนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ
๒. คนพิการที่ยากจนและเป็นกลุ่มเปราะบางซึ่งเข้าไม่ถึงสิทธิและสวัสดิการ
๓. ภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่จังหวัดสมุทรสงคราม

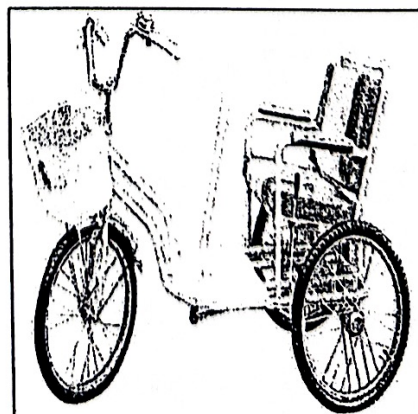
ภาพตัวอย่างของอุปกรณ์ช่วยคนพิการ



รถเข็น



ไม้เท้าขาว



รถสามล้อชนิดโยก



โครงการจัดหากายอุปกรณ์

สำหรับช่วยเหลือคนพิการ ๓๒,๐๐๐ ชุด

เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว

เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา ๖ รอบ 28 กรกฎาคม 2567

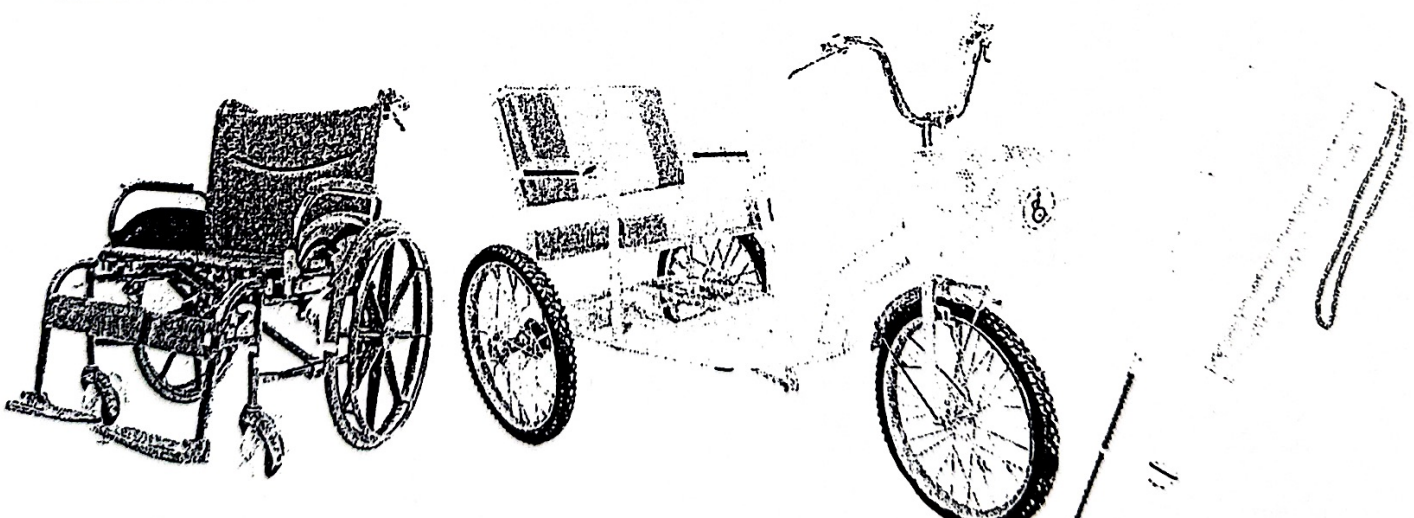
คนพิการ ที่ต้องการกายอุปกรณ์



ยื่นขอความจำนงได้ตามแบบฟอร์ม (คิวอาร์โค้ด)

ส่งแบบฟอร์มที่ dsc.dep@gmail.com

สอบถามรายละเอียด โทร. 092 984 7515



วีลแชร์

รถสามล้อโยก

ไม้เท้าขาว

เพื่อให้คนพิการได้รับโอกาส สิทธิ สวัสดิการ ที่เท่าเทียม ทัวถึง