

ด่วนที่สุด

ที่ ปน ๐๐๐๕/จต๓๕๖



ศาลากลางจังหวัดปัตตานี
ถนนเดชา ปน ๙๕๐๐๐

๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความร่วมมือสำรวจความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

เรียน ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบคำขอความต้องการรับอุปกรณ์รับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ จำนวน ๑ ชุด

ด้วย จังหวัดปัตตานี ได้รับการประสานจากกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ขอความร่วมมือสำรวจคนพิการที่ยากจนและยังไม่มีกายอุปกรณ์เพื่อสำรวจความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ เช่น รถเข็นนั่ง (Wheelchair) รถสามล้อโยก หรือไม้เท้าขาว เป็นต้น

ในการนี้ จังหวัดปัตตานี โดยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดปัตตานี จึงขอความร่วมมือท่านสำรวจความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาให้ความช่วยเหลือ ทั้งนี้ ขอความกรุณาส่งแบบคำขอความต้องการดังกล่าว ภายในวันพุธที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ pk.pattani๙๕๐๐๐@gmail.com รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวปาหนัน บัวสาม)

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดปัตตานี ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดปัตตานี

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดปัตตานี

โทร. ๐ ๗๓๓๓ ๓๗๖๒-๓

ผู้ประสานงาน นางสาวรุสนานี แวนาแว นักพัฒนาสังคม โทร. ๐๙ ๑๘๔๙ ๐๙๘๙



แบบตอบรับหนังสือฯ



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 พื้นสาธารณะ 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 จัดทะเบียนคนพิการ เมื่อวันที่.....วันหมดอายุ.....จังหวัดที่จัดทะเบียน.....

พิการทางการเห็น พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย พิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย

พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม พิการทางสติปัญญา พิการทางการเรียนรู้ พิการออทิสติก

พิการช้าซ้อน

2.2 ลักษณะความพิการ.....

3. ความต้องการอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

- รถเข็นนั่ง (Wheelchair) รถสามล้อชนิดมือโยก ที่นอนลม
 เตียงผู้ป่วย (ปรับระดับได้) ไม้เท้าขาว อื่น ๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าไม่เคยได้รับสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยคนพิการจากหน่วยงานใด ๆ หรือเคยได้รับการช่วยเหลือแล้ว แต่ปัจจุบันชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมหรือใช้งานได้ตามปกติ

ลงชื่อ.....
(.....)

คนพิการ/ผู้ยื่นคำขอแทน

ลงชื่อ.....ผู้รับเรื่อง/สอบข้อเท็จจริง
(.....)

ตำแหน่ง.....
...../...../.....

หมายเหตุ : กรณีลงลายมือชื่อไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือ หรือนิ้วเท้า หรือทำเครื่องหมายอื่นใดพร้อมมีพยานรับรองอย่างน้อย 2 คน

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)



<https://shorturl.asia/gbzsr>
แบบคำขอความต้องการ
รับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ