



ที่ อบ ๘๘๗๐๑ / ว ๑๑๒

สำนักงานเทศบาลตำบลสำโรง  
อำเภอสำโรง อบ ๓๔๓๖๐

๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

เรื่อง การประชาสัมพันธ์และสำรวจความต้องการขอรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

เรียน กำนันตำบลสำโรง/ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. หนังสือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์  
จังหวัดอุบลราชธานี ที่ อบ ๐๐๐๕/๗๖๓๖ ลงวันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ จำนวน ๑ ฉบับ  
๒. แบบคำขอความต้องการอุปกรณ์ช่วยคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานี ขอความร่วมมือในการประชาสัมพันธ์และสำรวจความต้องการขอรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ เช่น รถเข็นนั่ง (Wheelchair) รถเข็นล้อชนิดมือโยก และไม้เท้าขาว เพื่อรวบรวมส่งข้อมูลให้กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการดำเนินการพิจารณาให้ความช่วยเหลือตามกระบวนการ

เทศบาลตำบลสำโรง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี จึงขออนุเคราะห์จากท่านๆ ในการส่งรายชื่อคนพิการเพื่อขอรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ และส่งแบบคำขอดังกล่าว ภายในวันจันทร์ที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ เพื่อรวบรวมส่งนำส่งให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ต่อไป รายละเอียดตามที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

  
(นายสมศรี ลิ้มวัน)  
นายกเทศมนตรีตำบลสำโรง

สำนักปลัดเทศบาล

โทร. ๐-๔๕๒๕-๑๕๓๑ / ๐๘๘๒๘๔๗๗๙๔

โทรสาร ๐-๔๕๒๕-๒๘๗๓

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban@localsumrong.go.th

11 พ.ย. 67

หม่อมราชวงศ์

18554 3



ที่ อบ ๐๐๐๕/๗๓๖

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์  
จังหวัดอุบลราชธานี ศาลากลางจังหวัด  
ถนนแจ้งสนิท อำเภอเมือง อบ ๓๔๐๐๐

๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์และสำรวจความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ  
เรียน ท้องถิ่นจังหวัดอุบลราชธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบคำขอความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ได้จัดทำโครงการจัดหาอุปกรณ์สำหรับ  
ช่วยเหลือคนพิการ ๗๒,๐๐๐ ชุด เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสพระราช  
พิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา ๖ รอบ ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๖๗ โดยขอความร่วมมือสำนักงานพัฒนาสังคม  
และความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานี ในการประชาสัมพันธ์และสำรวจความต้องการขอรับอุปกรณ์  
ช่วยคนพิการ เช่น รถเข็นนั่ง (Wheelchair) รถสามล้อชนิดมือโยก และไม้เท้าขาว เพื่อรวบรวมข้อมูลส่งให้  
กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ดำเนินการพิจารณาให้การช่วยเหลือตามกระบวนการ

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานี จึงขอความร่วมมือ  
หน่วยงานของท่านในกรณีประชาสัมพันธ์และสำรวจความต้องการขอรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ โดยกรอกข้อมูล  
ตามเอกสารที่ส่งมาด้วย พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ และจัดส่งแบบคำขอดังกล่าว ให้สำนักงาน  
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานี ภายในวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ เพื่อรวบรวม  
นำส่งให้กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

เรียน ท้องถิ่นจังหวัดอุบลราชธานี

นาง. พง. แจ้ง ให้ความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมช่วยคนพิการ  
และสำรวจความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

ขอแสดงความนับถือ

- นิตยาภรณ์ อึ้งประเสริฐพันธ์ ผ.ท.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(นายวิศิษฐ์ ผลตก)

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์  
จังหวัดอุบลราชธานี

นางนิตยาภรณ์ อึ้งประเสริฐพันธ์  
ผ.ท.





## แบบคำขอความต้องการรับอุปการะช่วยคนพิการ

ลำดับที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

### 1. ข้อมูลผู้รับบริการ / ผู้ยื่นคำขอแทนคนพิการ

คนพิการ  ผู้ยื่นคำขอแทน ชื่อ ..... โทร. ....

คำนำหน้าชื่อคนพิการ (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  พื้นที่สาธารณะ 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.....

3. ความต้องการอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

- รถเข็นนั่ง (Wheelchair)     รถสามล้อชนิดมือโยก     ไม่เท่าขา

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าไม่เคยได้รับสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยคนพิการจากหน่วยงานใด ๆ หรือเคยได้รับการช่วยเหลือแล้ว แต่ปัจจุบันข้าพเจ้าไม่สามารถซ่อมแซมหรือใช้งานได้ตามปกติ

ลงชื่อ.....

(.....)

คนพิการ/ผู้ยื่นคำขอแทน

ลงชื่อ.....ผู้รับเรื่อง/สอบข้อเท็จจริง

(.....)

ตำแหน่ง.....

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

หมายเหตุ : กรณีลงลายมือชื่อไม่ได้ ให้พิมพ์ด้วยนิ้วมือ หรือน้ำเท้า หรือทำเครื่องหมายอื่นใดหรือมีพยานรับรองอย่างน้อย 2 คน

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

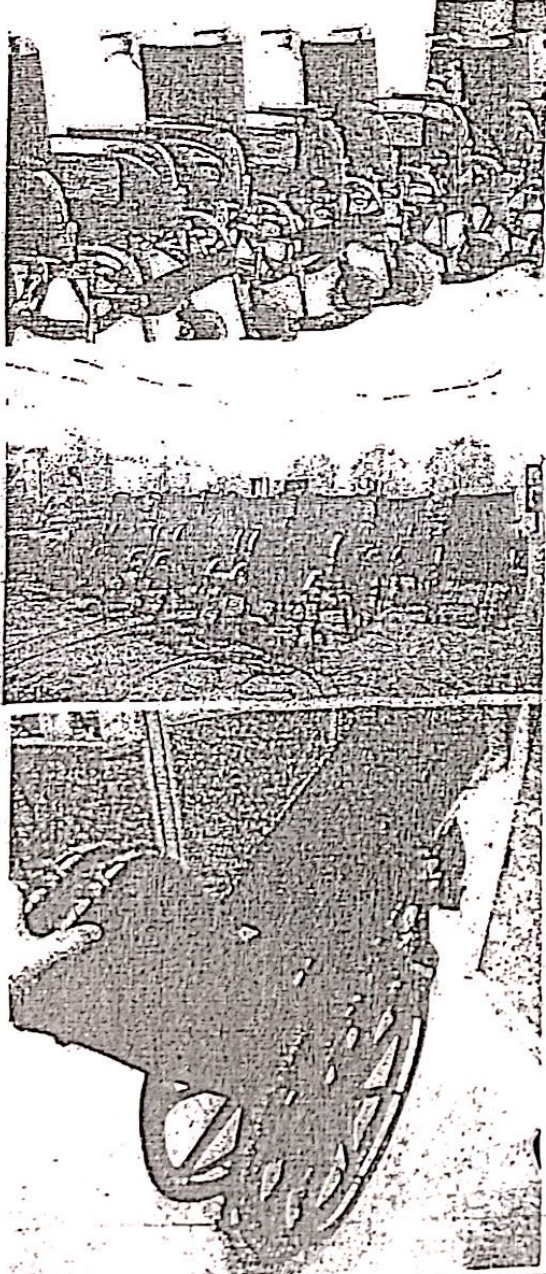
ลงชื่อ.....พยาน

(.....)




คุณลักษณะของกายอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกแก่คนพิการ

ตามโครงการจัดหากายอุปกรณ์สำหรับช่วยเหลือคนพิการ 72,000 ชุด เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 6 รอบ 28 กรกฎาคม 2567

ภาพ	คุณลักษณะ
<p>1. รถเข็นนั่ง (Wheelchair)</p> 	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. โครงสร้างหลักของรถผลิตจากอลูมิเนียม อัลลอยด์โลหะ สแตนเลส หรือวัสดุอื่นที่มีคุณภาพดี แข็งแรง ไม่เป็นสนิม</li> <li>2. สามารถพับเก็บได้โดยง่าย และนำไปได้อย่างสะดวก</li> <li>3. มีพนักพิงทำมาจากผ้าโพลีเอสเตอร์ หรือวัสดุที่ช่วยมิให้เกิดแผลกดทับ โดยมีความสูงประมาณระดับสะบักหรือหัวไหล่ของผู้ใช้งาน เพื่อช่วยประคองลำตัวในท่านั่ง</li> <li>4. ที่วางแขนทั้งสองข้างอยู่ในระดับที่ผู้ใช้งานสามารถเอื้อมถึงวางปืนได้ง่าย และไม่ขัดขวางการเคลื่อนย้ายตัวของผู้ใช้งาน หรือสามารถเปิด หรือถอดออกจากตัวรถได้</li> <li>5. ตำแหน่งล้อหลังอยู่ในแนวเดียวกัน หรือหลังจุดศูนย์กลางร่างกายของผู้ใช้งาน เพื่อให้มีความมั่นคงสูง และเกิดความปลอดภัยขณะเคลื่อนที่</li> <li>6. ที่วางเท้าปรับสูงต่ำได้ ตามขนาดร่างกายผู้ใช้งาน สามารถพับเก็บได้ โดยทำจากอลูมิเนียม อัลลอยด์โลหะ สแตนเลส พลาสติกโพลีเอสเตอร์ หรือวัสดุอื่นที่มีคุณภาพดี แข็งแรง มีคุณสมบัติกันน้ำหนักเบา ดูแลรักษาง่าย สามารถใช้งานได้ยาวนานขึ้น ไม่เป็นสนิม</li> <li>7. ที่นั่งทำจากผ้าโพลีเอสเตอร์ บุด้วยฟองน้ำ หรือวัสดุที่ช่วยมิให้เกิดแผลกดทับ โดยมีขนาดไม่น้อยกว่า 16 นิ้ว x 16 นิ้ว</li> <li>8. ล้อทำจากยางตันหรือเติมลม ทั้ง 2 ถึง 4 ล้อ โดยมีสีที่มีความเหมาะสม สวยงาม กับตัวรถไม่หลุดร่อนง่าย</li> <li>9. โครงและขอบล้อหน้า ผลิตจากอลูมิเนียม อัลลอยด์โลหะ สแตนเลส หรือวัสดุอื่นที่มีคุณภาพดี แข็งแรง ไม่เป็นสนิม มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางไม่น้อยกว่า 5 นิ้ว แกนตะเกียบ ทำด้วยวัสดุโพลีเอสเตอร์ หรือโลหะปลอดสนิม ล้อหน้าสามารถหมุนได้รอบทิศทางไม่มีผิดหรือมีเสียงดัง</li> <li>10. โครงและขอบล้อหลัง ผลิตจากอลูมิเนียม อัลลอยด์โลหะ สแตนเลส หรือวัสดุอื่นที่มีคุณภาพดี แข็งแรง ไม่เป็นสนิม มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางไม่น้อยกว่า 21 นิ้ว และมีวางปืนติดกับล้อหลัง เพื่อให้ผู้ใช้งานปั่นเองได้</li> </ol>



ภาพ	คุณลักษณะ
<p data-bbox="199 347 446 380">2. สามล้อชนิดมือโยก</p>  <p data-bbox="199 750 742 840">** อยู่ระหว่างการจัดทำและเทียบคุณลักษณะ เพื่อเป็นประโยชน์แก่คนพิการให้มากที่สุด **</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. โครงสร้างของรถผลิตจากเหล็กหนา 2 มิลลิเมตร</li> <li>2. พื้นรถทำจากแผ่นอลูมิเนียมหนาไม่น้อยกว่า 2 มิลลิเมตร ทนทานและไม่เป็นสนิม</li> <li>3. เบาะนั่งขนาดไม่น้อยกว่า 50 x 40 เซนติเมตร</li> <li>4. พนักพิงทรงสูงที่สามารถรองรับแผ่นหลังได้ดี ขนาดไม่น้อยกว่า 50 x 25 เซนติเมตร ทำจากฟองน้ำอัดหนาไม่น้อยกว่า 2 นิ้ว</li> <li>5. ที่พักแขนเสริมฟองน้ำ พร้อมแผ่นป้องกันชายเสื้อ เข้าไปในซี่ล้อ และอย่างน้อยต้องมีบังโคลน ล้อหน้า เป็นวัสดุสังเคราะห์ คงทน ทำความสะอาดง่าย</li> <li>6. ล้อหน้าและล้อหลังขนาดไม่น้อยกว่า 24 x 1.75 เซนติเมตร หรือ 24 x 1.3/8 นิ้ว แบบสูบลมไม่เป็นสนิม</li> <li>7. ระบบเบรกล้อหน้า และมีห้ามล้อแบบมือบีบ และมีสลักกันคลายเบรคห้ามล้อ ติดอยู่ที่โครงรถ อย่างน้อย 1 ข้าง</li> <li>8. มีตะกร้าสำหรับใส่ของ กระดิ่ง และกระจงมองหลัง ต้องติดวัสดุสะท้อนแสงด้านหน้าและด้านหลัง ทั้งข้างขวาและข้างซ้าย อย่างน้อย 1 ชุด เพื่อความปลอดภัยในการใช้รถเวลากลางคืน</li> <li>9. ชุดก้านคันโยกแข็งแรง ปลอดภัยในการใช้งาน ทนทาน เบาลงในการโยก ระดับก้านโยกมีความเหมาะสม และทำให้สะดวกในการขึ้นและลง สามารถถอดออกได้</li> <li>10. จานข้อเหวี่ยงออกแบบให้มีตัวถ่วงน้ำหนัก เพื่อแก้เส้นหักแรงในขณะโยก</li> <li>11. รถสามารถรับน้ำหนักได้ 100 - 150 กิโลกรัม</li> </ol>
<p data-bbox="199 1467 351 1500">3. ไม้เท้าขาว</p>  <p data-bbox="199 1825 742 1915">** อยู่ระหว่างการจัดทำและเทียบคุณลักษณะ เพื่อเป็นประโยชน์แก่คนพิการให้มากที่สุด **</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ไม้เท้าขาวมีด้ามจับถนัดมือ และผลิตจากวัสดุที่มีความปลอดภัย ไม่หลุดลื่นง่ายในระหว่างการจับ</li> <li>2. ไม้เท้าขาวมีสายคล้องมือเพื่อป้องกันไม้เท้าหลุดจากมือ</li> <li>3. ตัวด้ามไม้เท้าขาวไม่มีสีนำไฟฟ้า</li> <li>4. ไม้เท้าขาวผลิตจากอลูมิเนียม แข็งแรง มีน้ำหนักเบา</li> <li>5. ส่วนปลายของไม้เท้าขาวมีลักษณะกลมหรือมน</li> <li>6. ด้ามไม้เท้าคนตาบอด สามารถยืด-หดได้โดยการดึง มีลักษณะเหมือนเสาอากาศ</li> </ol>