

ที่ กบ ๗๓๘๐๕ / ว ๐๐๘



ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะกลาง
อำเภอเกาะลันตา กบ ๘๑๑๒๐

๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์สำรวจข้อมูลคนพิการที่มีความจำเป็นต้องได้รับบริการผู้ช่วยคนพิการ
เรียน กำนัน ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้าน และสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะกลางทุกท่าน
อ้างถึง หนังสือ ที่ กบ ๐๐๐๕/ว ๑๖๐ ลงวันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๔

ตามที่ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกระบี่ ได้ดำเนินโครงการ “สนับสนุนการจัดบริการผู้ช่วยคนพิการจังหวัดกระบี่” เพื่อให้คนพิการได้รับการพัฒนา ศักยภาพถือเป็นการจัดสวัสดิการสังคมให้คนพิการได้รับการดูแลฟื้นฟูศักยภาพในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่สำคัญในการดำรงชีวิต โดยลดการพึ่งพิงระบบสถานสงเคราะห์และเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของหน่วยจัดบริการ ในพื้นที่ ซึ่งได้ขอความร่วมมือให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการสำรวจข้อมูลคนพิการที่มีความจำเป็นต้องได้รับบริการผู้ช่วยคนพิการ

ในการนี้ องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะกลาง จึงขอความอนุเคราะห์ท่านช่วยประชาสัมพันธ์ให้ผู้ พิการที่สนใจและมีความจำเป็นต้องได้รับบริการผู้ช่วยคนพิการ สามารถขอเอกสารเพื่อขอรับบริการฯ ดังกล่าว ได้ที่กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะกลาง ได้ตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๔ ในวันและเวลาราชการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายวีรธรรม เชื้อศิวะ)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะกลาง ปฏิบัติหน้าที่
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะกลาง

กองสวัสดิการสังคม

โทรศัพท์ / โทรสาร : ๐๗๕-๖๔๔๗๒๐

“ยึดมั่นธรรมาภิบาล บริการเพื่อประชาชน”

แบบคำขอมิผู้ช่วยคนพิการ

หน่วยงาน
 ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดกระบี่

1. ชื่อ-สกุลคนพิการที่ขอรับบริการ.....
 วัน/เดือน/ปี เกิด.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....
 อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์.....

2. ชื่อ-สกุลผู้ดูแลคนพิการ.....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....

3. ผู้ที่สามารถติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน ชื่อ-สกุล.....เกี่ยวข้องเป็น.....
 ที่อยู่ เลขที่เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....
 อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์.....

4. สถานภาพปัจจุบัน

4.1 การสมรส โสด แต่งงาน หย่า แยกกันอยู่ ไม่มีบุตร มีบุตร.....คน

4.2 การศึกษา กำลังศึกษา ระดับ..... จบการศึกษา

4.3 การประกอบอาชีพ

4.4 ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านพ่อแม่ บ้านญาติ บ้านตนเอง บ้านเช่า อื่นๆ.....
 อยู่ในบ้านหลังนี้ทั้งหมด.....คน

4.5 การดูแลคนพิการ ไม่มีผู้ดูแล มีบางเวลา โปรดระบุเวลาที่มิมีคนดูแล.....
 มีผู้ดูแลและอาศัยอยู่กับผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ โดยเป็น.....

5. สภาพความพิการ.....

.....

6. ความต้องการผู้ช่วยคนพิการ (ระบุกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวัน หรือภารกิจที่ต้องการผู้ช่วยคนพิการ)

.....

