



(สำหรับผู้ประเมินหลัก)

แบบขอรับการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการหรือฟื้นฟูสุขภาพ  
กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง

๑. ประเภทของผู้รับความช่วยเหลือ

- คนพิการ เลขบัตรประจำตัวคนพิการ.....
- ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ
- ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน ที่ต้องได้รับการฟื้นฟู
- ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

สาเหตุของความพิการ / การเจ็บป่วย

.....

โรคประจำตัว  ไม่มี  มี ระบุโรคหลักที่ต้องฟื้นฟู.....

๒. ข้อมูลของผู้ขอรับการสนับสนุน

ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

เลขบัตรประชาชน  -      -      -   -

ที่อยู่ปัจจุบัน  บ้านตนเอง  บ้านญาติ  บ้านเช่า  บ้านพักนายจ้าง

อื่นๆ (ระบุ).....

บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

๓. ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อาศัยร่วมกันจริงในปัจจุบัน)

ลำดับ	ชื่อ -สกุล	อายุ	ความเกี่ยวข้องกับ ผู้ขอรับความ ช่วยเหลือ	โรคประจำตัว	เบอร์โทรติดต่อ

๔. อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ หรือการฟื้นฟูสุขภาพ (ตามความเห็นร่วมของผู้ประเมิน)

กรณีขอใหม่

.....  
.....

กรณี ซ่อม ด้ดแปลง เปลี่ยนชิ้นส่วน หรือการจัดทำเป็นกรณีเฉพาะของอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

.....  
.....

กรณียืม

.....  
.....

.....พร้อมนี้ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบคำขอที่สำคัญ จำนวน.....ฉบับ ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือ สมุดประจำตัวคนพิการ (ถ้ามี)

สำเนาทะเบียนบ้าน

เอกสารรับรองการเข้าพักอาศัยอยู่จริง (กรณีไม่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตจังหวัดลำปาง)

ภาพถ่ายกลุ่มเป้าหมายที่แสดงถึงข้อจำกัดในการดำรงชีวิต

เอกสารแสดงสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเภทคนพิการ (ท.๗๔) หรือคะแนนประเมิน ADL

อื่นๆ (ระบุ) เช่น ภาพถ่ายหรือคำอธิบายตัวอย่างอุปกรณ์ที่ต้องการใหม่ หรือ รายการวัสดุที่ต้อง

ซ่อมแซมเปลี่ยนแปลง (ตามความเหมาะสม).....

.....  
.....

๕. ลงนามผู้สัมภาษณ์ / ผู้ประเมิน

๕.๑) ผู้แทนหน่วยบริการในพื้นที่ (นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....โทรศัพท์.....

(ลายมือชื่อ).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๕.๒) ผู้แทนคณะกรรมการด้านการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ของโรงพยาบาล

(นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....โทรศัพท์.....

(ลายมือชื่อ).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....