

ก บ ก ร ง ก ร ง ก ร ง ก ร ง



หนังสือเลขที่	๑๓๓๖
เลขที่บันทึก	๑๒๓๔๕๖๗
วันที่	๑๑.๐๗.๒๕๖๔
เวลา	๑๔.๐๐ น.

ที่ กพ.รย ๒๑๐๐๓ / ว ๕๕

สำนักงานกองทุนพื้นฟูสมรรถภาพ  
ที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง  
๑๙๐ ม.๒ ถนนสุขุมวิท ตำบลนินพระ<sup>วิชัย</sup>  
อำเภอเมืองระยอง จังหวัดระยอง ๒๑๐๐๐

๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

เรื่อง การขอรับงบประมาณกองทุนพื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง

เรียน นายกเทศมนตรี / นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย หลักเกณฑ์การขอรับงบประมาณกองทุนพื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยกองทุนพื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง จะดำเนินโครงการซ่อมแซม ปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของคนพิการและผู้สูงอายุ ปี ๒๕๖๔ เพื่อบรเทาความเดือดร้อนและสนับสนุนให้คนพิการและผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องได้รับการพื้นฟูสมรรถภาพให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กองทุนพื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง จึงขอส่งหลักเกณฑ์การขอรับงบประมาณกองทุนพื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง เพื่อให้ท่านประชาสัมพันธ์ และสำรวจความต้องการของคนพิการ และผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดและมีความประสงค์เข้าร่วมโครงการ โดยสามารถส่งรายชื่อผู้ที่ต้องการขอรับงบประมาณฯ ได้ที่กองทุนพื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง ตั้งแต่บัดนี้ถึงวันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๔ ในวันเวลาราชการ รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

N.C.N.//:

(นายปิยะ พิพัฒน์)

ประธานกรรมการบริหาร

กองทุนพื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง

สำนักงานกองทุนฯ

โทร. ๐ ๓๘๖๑ ๗๔๓๐ ต่อ ๖๐๒

**หลักเกณฑ์การของบประมาณกองทุนพื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดรายอัตรายอ  
เพื่อดำเนินโครงการ / ปรับปรุง / ซ่อมแซม / ที่อยู่อาศัยของคนพิการ มีดังนี้**

๑. โครงการปรับปรุง ซ่อมแซมบ้านที่อยู่อาศัยเฉพาะที่ เช่น ทำห้องน้ำ ทางลาด ราვับ ให้เป็นไปตามประมาณการของช่างเทศบาลหรือ อบต. อย่างละไม่เกิน ๓๐,๐๐๐ บาท ว่างเงินไม่เกิน ๕๐,๐๐๐ บาท
๒. กรณีเกิน ๕๐,๐๐๐ บาท/ต่อราย คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ จะพิจารณาตามความเหมาะสมเป็นรายบุคคล

**กลุ่มเป้าหมาย**

**๑.๑ คนพิการ**

- ๑.๑ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการพื้นฟูสมรรถภาพ
- ๑.๒ ผู้ที่อยู่ในระยะการพื้นฟูสมรรถภาพ

**เงื่อนไข มีดังนี้**

๑. การของบประมาณโครงการเพื่อปรับปรุง ซ่อมแซมบ้านที่อยู่อาศัย และสร้างบ้านที่อยู่อาศัย
๒. ต้องมีบทรประกจำตัวประชาชนและ/หรือบตรประกจำตัวคนพิการ
๓. จะต้องเป็นผู้ที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดรายอ
๔. ผู้ที่เสนอโครงการจะต้องเป็นผู้ที่มีฐานะยากจน โดยคณะกรรมการจะเป็นผู้พิจารณาในการคัดเลือก
๕. ที่อยู่อาศัยในการปรับปรุงจะต้องเหมาะสมสนับสนุนสภาพชุมชนที่ดีหรือการพื้นฟูสมรรถภาพ
๖. ไม่ได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐอีกหรือได้รับแต่ไม่เพียงพอ
๗. กรณีไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัยแห่งนั้นต้องมีหลักฐานการให้ความยินยอมจากเจ้าของหรือผู้ได้รับอำนาจจากเจ้าของกรรมสิทธิ์

๘. ต้องได้รับการรับรองจากผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น นายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือ นายกเทศมนตรี ของพื้นที่นั้น ๆ / ผู้นำท้องถิ่น / ผู้ใหญ่บ้านประรานหมูชน และบุคลากรทางการแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นผู้รับรองคุณสมบัติของผู้ขอรับงบประมาณ

**ขั้นตอนการขอรับงบประมาณ เพื่อซ่อมแซม ปรับปรุงบ้าน และสร้างบ้านที่อยู่อาศัย มีดังนี้**

๑. ให้ไปยื่นคำขอการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้แก่ เทศบาล อบต.
๒. เทศบาลหรืออบต. ที่ได้รับคำขอจะต้องดำเนินการตรวจสอบและรับรองคุณสมบัติ ตามหลักเกณฑ์ และเงื่อนไขการขอรับงบประมาณกองทุนฯ ตามแบบรายงานการสอบสภาพครอบครัวที่สมควรได้รับปรับสภาพที่อยู่อาศัย
๓. เทศบาลหรืออบต. รวบรวมรายชื่อ และข้อมูลรายละเอียดของผู้ที่ประสงค์ขอรับงบประมาณในพื้นที่ พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน/สำเนาบัตรผู้พิการ ภาพถ่ายที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน และแบบรายงานการสอบสภาพครอบครัวส่งมาที่กองทุนพื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดรายอ ได้ตั้งแต่วันจันทร์ – วันศุกร์ ในเวลาราชการ โทร.๐๘๕-๘๑๔๐๗๗๐ ๐๘๖-๑๗๗๓๐ ต่อ ๖๐๒

**หมายเหตุ** เทศบาล/อบต. สามารถเสนอโครงการขอรับงบประมาณซ่อมแซม/ปรับปรุงที่อยู่อาศัยจากกองทุนพื้นฟูฯ ได้ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม – ๓๑ มิถุนายน ๒๕๖๑



สำหรับผู้ขอเขียน

คำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย  
กองทุนพื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง

๑. ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล.....  
 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน..... เลขที่บัตรประจำตัวคนพิการ.....  
 ประเภทความพิการ..... อายุ..... ปี อายุพ.....  
 รายได้..... บาท/เดือน หรือ..... บาท/ปี  
 ๒. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... อำเภอ.....  
 อำเภอ..... จังหวัด..... ประเทศ.....  
 ๓. สมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	อายุ	อาชีพ	การศึกษา	สถานะสุขภาพ	รายได้(บ/ด)	ความสัมพันธ์กับคนพิการ

## ๔. ลักษณะที่อยู่อาศัยปัจจุบัน

- ของตนเอง  
 อาศัยผู้อื่นอยู่ ระบุ.....

## ๕. สภาพที่อยู่อาศัย

.....  
 .....

## ๖. สิ่งที่ต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง บ้านที่อยู่อาศัย

- พื้นบ้าน/ หลังคา / บันได / ห้องน้ำ /ห้องสุขา ระเบียง / งานบ้าน  
 ฝ้าบ้าน/ ห้องนอน/ ประตู/หน้าต่าง / ระบบไฟฟ้า (สวิตซ์ไฟฟ้า / ปลั๊กไฟ /สายไฟ)  
 อื่น ๆ (ระบุ).....
- .....  
 .....

๗. ลักษณะการครอบครองที่ดิน  ที่ดินของตนเอง

- ที่ดินเข้าจาก (ระบุ).....  อื่น ๆ (ระบุ).....

## ๘. ความคิดเห็นเจ้าหน้าที่เทศบาล หรือ องค์กรบริหารส่วนตำบล

เห็นควรให้ความช่วยเหลือ.....

เห็นควรให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เนื่องจาก.....

## ๙. ความคิดเห็นบุคลากรทางการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

เห็นควรให้ความช่วยเหลือ.....

เห็นควรให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เนื่องจาก.....

ผู้ขอรับการสนับสนุน.....

ผู้สอบข้อเท็จจริง.....

(.....)

(.....)

วันที่ .....

วันที่ .....



สำหรับเจ้าหน้าที่เทศบาล  
หรือ อบต. กรอกข้อมูล

แบบรายงานการสอนสภาพครอบครัวคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่อยู่ในระยะพื้นฟู  
ที่สมควรได้รับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย  
กองทุนพื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดรายอัง

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล.....

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

๒. เพศ  ชาย  หญิง

๓. อายุ ..... ปี

๔. สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า  แยกกันอยู่

๕. คู่สมรส เป็นคนพิการหรือไม่  
 ไม่เป็น  เป็น โปรดระบุประเภทความพิการ.....

๖. จำนวนบุตร

ไม่มี  มีบุตร จำนวน..... คน เป็นชาย..... คน หญิง..... คน

๗. สมาชิกในครอบครัวที่พักอาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบัน (เลือกได้มากกว่า ๑ ช่อง)

อยู่คนเดียว  คู่สมรส  ลูก/หลาน  ญาติ

๘. ประเภทของความพิการ  ความพิการทางการเห็น ลักษณะความพิการ (ระบุ).....  
 ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ลักษณะความพิการ (ระบุ).....  
 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ลักษณะความพิการ (ระบุ).....  
 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม  
 ความพิการทางสติปัญญา  
 ความพิการทางความพิการทางการเรียนรู้  
 ความพิการทางอหิสติก  
 อื่นๆ

๙. ลักษณะสุขภาพโดยรวม

- เชิงแรงมากข่ายเหลือตัวเองได้
- ไม่ค่อยเชิงแรงต้องการการดูแลบ้าง
- ไม่ค่อยเชิงแรงต้องการดูแลเป็นส่วนใหญ่
- อ่อนแอต้องการการดูแลตลอดเวลา

๑๐. ปัจจุบันประกอบอาชีพหรือไม่

- ไม่ได้ประกอบอาชีพ  
 ประกอบอาชีพ

๑๑. กรณีประกอบอาชีพประกอบอาชีพใด (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ขายสลากรถบัสรัฐบาล       นวดแผนโบราณ       พยากรณ์ชะตาชีวิต  
 เล่นดนตรี       พนังงานสลับสายโทรศัพท์       เกษตรกรรม<sup>1</sup>  
 หัตถกรรม       ครู/อาจารย์       ข้าราชการหรือลูกจ้างหน่วยราชการ  
 รับจ้างทั่วไป       พนังงานหรือลูกจ้างหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ       เกษียน อายุแล้ว  
 พนักงานหรือลูกจ้างบริษัทห้างร้านหรือองค์กรเอกชน  
 อื่นๆ โปรดระบุ.....

๑๒. รายได้จากการเงิน (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ไม่มีรายได้  
 เป็นอย่างน้อยพื้นที่การเดือนละ.....บาท  
 เงินบำนาญ เดือนละ.....บาท  
 ญาติ/บุตร/บิดา/มารดา/ญาติได้ เดือนละ.....บาท  
 การทำงาน เดือนละ.....บาท  
 คุ้มครองเดือนละ.....บาท

๑๓. รายจ่ายต่อเดือน (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ไม่มีรายจ่าย  
 ค่าใช้จ่ายสำหรับที่อยู่อาศัย (ค่าน้ำ ค่าไฟฟ้า ค่าเช่าบ้าน) เดือนละ.....บาท  
 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ค่ายา เวชภัณฑ์) เดือนละ.....บาท  
 ค่าใช้จ่ายทั่วไปและอาหาร เดือนละ.....บาท  
 ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ (ระบุ).....

๑๔. ผู้ดูแล (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- คุ้มครอง       บุตร/หลาน       ญาติพี่น้อง       ว่าจ้างผู้ดูแล  
 เพื่อน/เพื่อนบ้าน       อปกร.       อื่นๆ (ระบุ).....

๑๕. ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย หรือไม่

- ไม่ใช้  
 ใช้อุปกรณ์ คือ  
 ไม่เท้าขา       แขน ขาเทียม       รถเข็น       รถสามล้อโยก  
 Walker       สเลต (อุปกรณ์ในการเขียนอักษรเบรลล์)       เครื่องช่วยฟัง  
 หมุดไม้ (สำหรับล้มผ้าสูตรซึ่งเป็นลักษณะของอักษรเบรลล์)       อื่นๆ (ระบุ).....

ตอนที่ ๒ ข้อมูลการอยู่อาศัย

๑๖. ลักษณะของที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน

- บ้านเดี่ยว       บ้านไม้ยกพื้น       บ้านสองชั้น/ครึ่งตึกครึ่งไม้  
 หัว屋น้ำเข้าส์       ตึกแฝด       ห้องแฝด       อื่นๆ (ระบุ).....

๑๗. ผู้ขอรับงบประมาณอาทัย ณ ที่อยู่ปัจจุบันมาเป็นระยะเวลา.....ปี

๑๘. ลักษณะการครอบครองที่อยู่อาศัย

- เป็นเจ้าของกรรมสิทธิ์เอง       เช่าระยะยาว (เช้ง).....ปี  
 เช่ารายเดือน เดือนละ.....บาท โดยมีผู้เสียค่าเช่าคือ
  - จำกอง
  - คุ้มครอง
  - บุตร/หลาน
  - มีด้า/มารดา
  - ญาติ
  - นายจ้าง
  - อื่นๆ (ระบุ).....

ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับคุ้มครอง

ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับบิดา/มารดา

ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับผู้ดูแล

เป็นที่สาธารณะ

ตอนที่ ๓ ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

๑๙. สถานที่ที่ทำให้ได้รับอุบัติเหตุ/หลักล้ม/ตกบันได (ภายใน ๑ ปี)

- ไม่เคยได้รับบาดเจ็บเลย
- ได้รับบาดเจ็บในบ้าน
  - ห้องน้ำ/ห้องอาบน้ำ จำนวน.....ครั้ง
  - ห้องนั่งเล่น จำนวน.....ครั้ง
  - ชานบ้าน/ระเบียงบ้าน จำนวน.....ครั้ง
  - ใต้ถุนบ้าน จำนวน.....ครั้ง
  - ห้องครัว จำนวน.....ครั้ง
  - ห้องนอน จำนวน.....ครั้ง
  - บันได จำนวน.....ครั้ง
  - อื่นๆ (ระบุ).....
- ได้รับบาดเจ็บภายนอกบ้าน
  - ทางเดินเข้าบ้าน จำนวน.....ครั้ง
  - บริเวณสนาม ล้วนที่พักผ่อน เช่น สวนปลูกต้นไม้ จำนวน.....ครั้ง
  - สถานที่อื่นๆ ที่ไม่ใช่บ้าน (ระบุ เช่น ถนน ลานวัด).....

๒๐. สรุปปัญหาที่พบและต้องได้รับการแก้ไข (เรียงตามลำดับสำคัญก่อน-หลัง)

- ๑.) .....
- ๒.) .....
- ๓.) .....
- ๔.) .....
- ๕.) .....

(ลงชื่อ).....ผู้ตอบข้อเท็จจริง

(.....)

วันที่ .....



สำหรับช่างเทศบาลหรือ  
ช่าง อปท.เป็นผู้ประเมิน

แบบประมาณการค่าใช้จ่าย  
ซ่อมแซม และปรับปรุงท่อสู่าอุ้คัย

ชื่อเจ้าบ้าน.....  
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตروع/ซอย.....ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
ผู้ประเมินการซ่อม.....นามสกุล.....  
ตำแหน่ง.....  
วันที่ .....เดือน .....พ.ศ. ....

ที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ค่าวัสดุ		หมายเหตุ
				หน่วยละ (บาท)	รวม (บาท)	

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ระยะเวลาดำเนินงาน.....วัน (โดยคำนวณจากปริมาณงาน)

ค่าตอบแทน หมายถึง ค่าจ้างเหมาในการซ่อมแซม และปรับปรุงท่อสู่าอุ้คัย

โดยให้อิงค์บิทิตามระเบียบ / ประกาศ / คำสั่งที่เกี่ยวข้อง ซึ่งหน่วยงานที่ได้รับเงินสนับสนุนก่อปฏิบัติอยู่แล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้ประมาณการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....



## แบบสรุปราคาางก่อสร้าง

ชื่อโครงการ/งานก่อสร้าง

สถานที่ก่อสร้าง

แบบเลขที่

หน่วยงานเจ้าของโครงการ/งานก่อสร้าง

ผู้ประมาณราคา

แบบ ปร.๔และ ปร.๕ ที่แนบ จำนวนชุด

ประมาณราคาเมื่อวันที่

ลำดับที่	รายการ	ค่าก่อสร้าง	หมายเหตุ
1	งาน/กลุ่มงาน.....		
2	งาน/กลุ่มงาน.....		
สรุป	รวมค่าก่อสร้างทั้งโครงการ/งานก่อสร้าง ราคากลาง ราคา (.....) ตัวอักษร.....)		

ผู้คำนวณ

(.....)

นายช่างเยรา

(.....)

(.....)

หัวหน้าส่วนยิรา

นายก อปต / ทต

ผู้ตรวจสอบ

ผู้อนุมัติ



แบบ ปร.๕ (ก)

แบบสรุปค่าก่อสร้าง

กลุ่มงาน/งาน

ชื่อโครงการ/งานก่อสร้าง

สถานที่ก่อสร้าง

แบบเลขที่

หน่วยงานเจ้าของโครงการ/งานก่อสร้าง

แบบ ปร.๕ ที่แนบ มีจำนวน

หน้า

ประมาณราคา เมื่อวันที่

เดือน

พ.ศ.

ลำดับที่	รายการ	ค่าจ้างต้นทุน	Factor F	ค่าก่อสร้าง	หมายเหตุ
๑	งาน/กลุ่มงาน.....				
๒	งาน/กลุ่มงาน.....				
	เงื่อนไขการใช้ตาราง Factor F				
	เงินล่วงหน้าจ่าย.....%				
	เงินประกันผลงานหัก.....%				
	ดอกเบี้ยเงินกู้.....%				
	ภาษีมูลค่าเพิ่ม.....%				
รวมค่าก่อสร้าง					

ขนาดหรือเนื้อที่อาคาร จำนวน.....ตร.ม.

เฉลี่ย.....บาท/ตร.ม.

ผู้คำนวณ

(.....)

นายช่างโยธา

(.....)

(.....)

หัวหน้าส่วนโยธา

นายก อบต / ทศ

ผู้ตรวจสอบ

ผู้อนุมัติ



แบบ บคก.4 แผ่นที่ ...../.....

## แบบแสดงรายการ บริการของงาน และราคา

ก ล ง บ ร จ า น ย น / ว า น  
ชื่อ ครุภาระ/งาน ก่อสร้าง

สถานที่ ก่อสร้าง

หน่วยงานและข้อบ่งใช้รายการ/งาน ก่อสร้าง  
ผู้ประกอบมาษยฐาน

แบบแสดงรายการ

เบี้ยจ้างที่ต้องจ่าย  
เบี้ยจ้างที่ต้องจ่าย

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ค่าวัสดุ			ค่าแรงงาน	ค่าเชิงงาน	รวม	หมายเหตุ
				ราคาก่อสร้าง	ราคาก่อสร้างหัวละ	จำนวนเงิน				
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

ผู้ดำเนิน  
กิจกรรม  
(.....)

นายช่างปูมือ

(.....)

หัวหน้าส่วนนักเรียน  
ผู้ตรวจสอบ

นาย อาบดี / ชา

ผู้อำนวยการ

ภาพถ่ายสภาพที่อยู่อาศัยภายในและภายนอกบ้าน



หนังสือให้ความยินยอมในการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ทำที่.....

วันที่ .....เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี เป็น ( ) เจ้าของบ้าน  
 หรือ ( ) สามชิกในครอบครัวที่ได้รับมอบหมายจากเจ้าของบ้าน พักอาศัยเลขที่.....  
 ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....  
 จังหวัด..... ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น ( ) บิดา ( ) มารดา ( ) สามี ( ) ภรรยา ( ) บุตร ( ) หลาน  
 อื่นๆ (ระบุ)..... ของคนพิการ ชื่อ..... นั่น  
 ขอทำหนังสือฉบับนี้ไว้เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

๑. ข้าพเจ้าและครอบครัวได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของการซ่อมแซม ปรับปรุงบ้านที่อยู่อาศัย  
 ตามโครงการฯ ของกองทุนพื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดรายอ

๒. ข้าพเจ้าและครอบครัวที่มีความประสงค์และยินยอมให้มีการซ่อมแซม ปรับปรุงบ้านที่อยู่อาศัยหลังนี้  
 ตามรายการและระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่กำหนดทุกประการ

๓. เพื่อให้การดำเนินการซ่อมแซม ปรับปรุงบ้านที่อยู่อาศัยหลังนี้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยดี  
 ข้าพเจ้าและบริหารหรือตัวแทนของข้าพเจ้า ชื่อ..... จะอยู่ร่วมมือร่วมแรง  
 และช่วยอำนวยความสะดวกทุกด้านอย่างเต็มกำลังความสามารถแก่คณะทำงานฯ ตลอดระยะเวลาของ  
 การซ่อมแซม ปรับปรุงบ้านที่อยู่อาศัยหลังนี้โดยไม่เรียกร้องค่าตอบแทนใดๆ ทั้งสิ้น

๔. ในกรณีที่มีสาเหตุสุดวิสัยหรือความเสียหายใดๆเกิดขึ้นในระหว่างการซ่อมแซม ปรับปรุงบ้าน  
 ที่อยู่อาศัยหลังนี้ โดยที่ข้าพเจ้าได้รับรู้ด้วยแล้ว ข้าพเจ้าและครอบครัวจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายและสิทธิใดๆ  
 ทั้งสิ้น จากกองทุนพื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดรายอ

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน

(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน

(.....)

หมายเหตุ แบบเอกสารประกอบได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของ  
 บ้านพักอาศัยและคนพิการในครอบครัว