

ฎีกาเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบลลอบต.หนองม่วง

เลขที่ L8624.004/2565

วันที่ จัดทำ 25/01/2565

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง

ตามที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ได้อนุมัติโครงการ ปรับเปลี่ยนชีวิต พิชิตโรคเชื้อร็ง ให้แก่ โรงพยาบาลหนองม่วง จำนวนเงิน 31,000.00 บาท นั้น บัดนี้ ผู้ได้รับการอนุมัติ มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 31,000.00 บาท

เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ หลักฐานประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน1..... ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน นางสาวรุ่งนภา ฤทธิอุตม ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน โรงพยาบาลหนองม่วง จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ ผู้ขอเบิก

(นายเกรียงไกร คำคุณ)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองม่วง

จ่ายเงินแล้ว

ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้อง และ

ได้ตรวจสอบบัญชีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้

เมื่อวันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

นางสาวประภารัตน์ แสงมณี

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานพัสดุชำนาญงาน รักษาราชการแทน

ผู้อำนวยการกองคลัง

วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง

เห็นควรให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น

ลงชื่อ.....

(นางสาวประภารัตน์ แสงมณี)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานพัสดุชำนาญงาน รักษาราชการแทน

ผู้อำนวยการกองคลัง

วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง

เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น

ลงชื่อ สิบตำรวจตรี.....

(สมยศ สบหล้า)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง

วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

จำนวนเงิน 31,000.00 บาท

ลงชื่อ.....

(นางสาวธนพร แป้นจันทร์)

นายองค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง

วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

จ่ายเป็น เชื้อซัดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาณัติ

ทางธนาคาร

ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร บัญชีเลขที่ 0820198174

เลขที่เช็ค 3668560๗ ลงวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

จำนวนเงิน 31,000.00 บาท (สามหมื่นหนึ่งพันบาทถ้วน)

จ่ายให้ โรงพยาบาลหนองม่วง (เงินสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง)

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอนเช็คธนาคาร

ลงชื่อ ส.ต.ต. ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มหนึ่ง)

(สมยศ สบหล้า)

ตำแหน่ง ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง

ลงชื่อ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มสอง)

(นางสาวรัตนเกล้า สืบเสาะ)

ตำแหน่ง นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 31,000.00 บาท

ลงชื่อ..... ผู้รับเงิน (1)

(นางสาวรุ่งนภา ฤทธิอุตม)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน โรงพยาบาลหนองม่วง

วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 31,000.00 บาท

ลงชื่อ..... ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวประภารัตน์ แสงมณี)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานพัสดุชำนาญงาน รักษาราชการแทน

ผู้อำนวยการกองคลัง

เลขที่ 591



026

ใบเสร็จรับเงิน

ในราชการ โรงพยาบาลหนองม่วง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันที่ 2 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2563

ได้รับเงินค่า บริการพยาบาล จำนวนเงิน 15,150 บาท

| รายการ | จำนวนเงิน |
|---|-----------|
| ได้รับเงินค่า <u>บริการพยาบาล</u> จำนวนเงิน <u>15,150</u> บาท | 15,150 |
| <u>รวม</u> | 15,150 |

จำนวนเงิน หนึ่งหมื่นห้าร้อยสิบห้า บาทถ้วน
 (ตัวอักษร)
ลายเซ็นแล้ว
 พิมพ์ครั้งที่ 2 (ต.ค. 54)
 เล่มที่ ลข. 501-600

ลงชื่อ [Signature] ผู้รับเงิน
 (นางสาวรุ่งนภา อุดรธอดม)
 ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการพยาบาลและเภสัชกรรมชำนาญการ

(นางสาวประภากรศรี แสนณดี)

เจ้าพนักงานพัสดุชำนาญงาน รักษาราชการแทน
ผู้อำนวยการกองคลัง

จ.ป.บ.304

บันทึกข้อตกลง

การขอรับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ กองทุนสุขภาพตำบลอบต.หนองม่วง

เขียนที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ

วันที่ 25 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565

บันทึกนี้ ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนฯ ระหว่างโรงพยาบาลหนองม่วง โดย นายเกรียงไกร คำคุณ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองม่วง ในฐานะผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม” ฝ่ายหนึ่ง กับกองทุนฯ โดย นางสาวธนพร แป้นจันทร์ ในฐานะประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม” อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่าย ได้ตกลงทำบันทึกข้อตกลงกัน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ 1 ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ตกลงจะดำเนินการโครงการ **ปรับเปลี่ยนชีวิต พิชิตโรคเชื้อรื้อ** ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์/เป้า หมาย/แผนการดำเนิน ของโครงการ/กิจกรรม ตามเอกสารแนบท้ายบันทึกนี้ *ตลอดจนหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ และตามระเบียบของกองทุนฯ และหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกประการ โดยได้รับการ อุดหนุนเงิน จำนวน 31,000.00 บาท (สามหมื่นหนึ่งพันบาทถ้วน)

เงื่อนไขการจ่ายเงิน กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.หนองม่วง โดยมีเงื่อนไขการจ่ายดังต่อไปนี้ ผู้รับผิดชอบโครงการจะต้องเป็นผู้จัดเก็บหลักฐานประกอบการจ่ายต่างๆ เพื่อรอการตรวจสอบไว้เอง ดังนี้

- (1) โครงการ/กิจกรรม ที่ผ่านการอนุมัติและประธานกรรมการได้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว
- (2) แบบบันทึกข้อตกลง ต้องระบุรายละเอียดอันเป็นสาระสำคัญในข้อตกลงให้ครบถ้วน

ประกอบด้วย

- (2.1) รายละเอียดโครงการ เช่น วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด วิธีการดำเนินการ ระยะเวลาดำเนินการ สถานที่ดำเนินการ งบประมาณ ผลที่คาดว่าจะได้รับ สรุปแผน/โครงการ เป็นต้น
- (2.2) รายละเอียดการจ่าย (เงื่อนไขการจ่ายเงิน) งวดเดียว เมื่อลงนามในข้อตกลงแล้ว
- (2.3) หลักฐานการรับเงินของผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม
- (2.4) หลักฐานการส่งมอบงาน หรือรายงานผลการดำเนินงาน สิ่งต้องส่งได้แก่
 - (2.4.1) รายงานผลการดำเนินงาน เอกสาร/ซีดี
 - (2.4.2) รายงานการจ่ายเงินตามแผนงาน/กิจกรรม ที่ได้รับอนุมัติ

แบบเสนอแผนงาน /โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง

เรื่อง ขอเสนอ โครงการปรับเปลี่ยนชีวิต พืชไร่โรครีอริง

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง

ด้วย หน่วยงาน โรงพยาบาลหนองม่วง มีความประสงค์ จะจัดทำ โครงการการปรับเปลี่ยนชีวิต พืชไร่โรครีอริง ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง เป็นเงิน ๓๑,๐๐๐ บาท โดยมีรายละเอียด โครงการและกิจกรรม ดังนี้

ส่วนที่ ๑ : รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียด

๑. วัตถุประสงค์

- ๑. เพื่อให้ประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้โดยยึดหลัก ๓ อ.
- ๒. เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคสำหรับประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปตามมาตรฐานงานโรครีอริง
- ๓. เพื่อติดตามประเมินผลกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง
- ๔. เพื่อให้ผู้ป่วยโรครีอริงได้รับการดูแลต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด

- ๑. ประชาชนอายุ๑๕ปีขึ้นไปที่อยู่จริงได้รับการคัดกรองโรคจากพฤติกรรมร้อยละ ๙๐
- ๒. กลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามภาวะสุขภาพหลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ ๗๐
- ๓. กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยได้รับการคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ ๗๐
- ๔. ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง(รายเก่า/รายใหม่)ได้รับการติดตามเยี่ยมร้อยละ ๘๐
- ๕. กลุ่มป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ ๖๐
- ๖. กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรอง ได้รับการบันทึกข้อมูลในProgram HosXP ร้อยละ ๑๐๐

๒.วิธีดำเนินการ

- ๑. จัดทำข้อมูลประชากรอายุ๑๕ปีขึ้นไปจากทะเบียนราษฎร และสำรวจประชากรที่อยู่จริง
- ๒. เจ้าหน้าที่อบรม ชี้แจงการดำเนินการคัดกรองโดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงของ สปสข.ให้กับ อสม.
- ๓. จัดกิจกรรมรณรงค์คัดกรองความเสี่ยงประชากรอายุ๑๕ปีขึ้นไป
- ๔. เจ้าหน้าที่สรุปผลการคัดกรองแยกประเภทของกลุ่มเป้าหมายพร้อมลงบันทึกข้อมูลในระบบ HosXP และรายงานข้อมูลกับ สสจ.ลพบุรี
- ๕. ดำเนินการนัดกลุ่มเสี่ยงเบาหวานตรวจเลือดปลายนิ้ว(DTX)และมีการตรวจ FBS ในกลุ่มเสี่ยงสูงเพื่อยืนยันพร้อมให้ความรู้ หลัก ๓ อ.
- ๖. ให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโดยใช้หลัก ๓ อ. ๒ ส. รวมทั้งบันทึกรอบเอว,น้ำหนักตัว,ความดันโลหิตเพื่อเป็นข้อมูลในการติดตามและได้ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด
- ๗. แจ้งผลกลุ่มเป้าหมายในรายที่มีระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ/ความดันโลหิตผิดปกติส่งแบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยให้มาพบแพทย์เพื่อรับการรักษาต่อ
- ๘. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย DM/HT (รายใหม่/รายเก่า) ๑ครั้ง/คน/ปี
- ๙. กลุ่มป่วยที่ได้รับการเยี่ยมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ส่งเสริมสุขภาพพร้อมรายงานการสอบสวนโรคเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
- ๑๐. ติดตามกลุ่มป่วยเข้าร่วมกิจกรรมชมรมสุขภาพคัดกรองภาวะแทรกซ้อน
- ๑๑. ติดตามผลกลุ่มเสี่ยงDM/HT (รอบสอง)เพื่อประเมินผลสภาวะสุขภาพและป้องกันการเกิดโรครายใหม่
- ๑๒. บันทึกข้อมูลการคัดกรองลงใน Program HosXP
- ๑๓. สรุปผลการดำเนินงาน

๓. ระยะเวลาดำเนินการ

๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕

๔. สถานที่ดำเนินการ

พื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง

๕. งบประมาณ

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง จำนวน ๓๑,๐๐๐ บาท
รายละเอียด ดังนี้

| | | |
|--|----------|------------|
| -ค่าวัสดุสำนักงาน ค่าใช้สอยในการจัดกิจกรรม | เป็นเงิน | ๑,๕๐๐ บาท |
| -ค่า strip DTX | เป็นเงิน | ๒๔,๐๐๐ บาท |
| -ค่าถ่ายเอกสารแบบประเมินพฤติกรรมโดย อสม. | เป็นเงิน | ๒,๕๐๐ บาท |
| -ค่าอาหารว่างในการติดตามกลุ่มเสี่ยง | เป็นเงิน | ๓,๐๐๐ บาท |

รวมเป็นเงิน ๓๑,๐๐๐ บาท (สามหมื่นหนึ่งพันบาทถ้วน)

หมายเหตุงบประมาณสามารถถัวเฉลี่ยกันได้ทุกกิจกรรม

๖. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ประชากรกลุ่มเสี่ยง มีความรู้ และทัศนคติที่เหมาะสม ในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ โดยใช้หลัก ๓อ.

๒. ประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรค ป้องกันและควบคุมโรค ตามมาตรฐานงานโรคเรื้อรัง

๓. กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและติดตามประเมินผลในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง

๗. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง ๑ รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)

๗.๑ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๗)

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน

() ๗.๑.๑ หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.

() ๗.๑.๒ หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล

() ๗.๑.๓ หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.

() ๗.๑.๔ หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน

() ๗.๑.๕ กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

๗.๒ ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๗)

() ๗.๒.๑ สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ ๗(๑)]

() ๗.๒.๒ สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ ๗(๒)]

() ๗.๒.๓ สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ ๗(๓)]

() ๗.๒.๔ สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๗(๔)]

() ๗.๒.๕ สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ ๗(๕)]

- () ๗.๓.๑ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด
- () ๗.๓.๒ กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน
- () ๗.๓.๓ กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน
- (/) ๗.๓.๔ กลุ่มวัยทำงาน
- (/) ๗.๓.๕.๑ กลุ่มผู้สูงอายุ
- (/) ๗.๓.๕.๒ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- () ๗.๓.๖ กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ
- (/) ๗.๓.๗ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง
- () ๗.๓.๘ สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๗(๔)]

๗.๔ กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก

- () ๗.๔.๑ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด
 - () ๗.๔.๑.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - () ๗.๔.๑.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - () ๗.๔.๑.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด
 - () ๗.๔.๑.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - () ๗.๔.๑.๕ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
 - () ๗.๔.๑.๖ การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม
 - () ๗.๔.๑.๗ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
 - () ๗.๔.๑.๘ อื่นๆ (ระบุ)
- () ๗.๔.๒ กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน
 - () ๗.๔.๒.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - () ๗.๔.๒.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - () ๗.๔.๒.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
 - () ๗.๔.๒.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - () ๗.๔.๒.๕ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
 - () ๗.๔.๒.๖ การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย
 - () ๗.๔.๒.๗ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
 - () ๗.๔.๒.๘ อื่นๆ (ระบุ)
- () ๗.๔.๓ กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน
 - () ๗.๔.๓.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - () ๗.๔.๓.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - () ๗.๔.๓.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
 - () ๗.๔.๓.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - () ๗.๔.๓.๕ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
 - () ๗.๔.๓.๖ การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย
 - () ๗.๔.๓.๗ การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม
 - () ๗.๔.๓.๘ การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
 - () ๗.๔.๓.๙ อื่นๆ (ระบุ)
- (/) ๗.๔.๔ กลุ่มวัยทำงาน
 - (/) ๗.๔.๔.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - (/) ๗.๔.๔.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - (/) ๗.๔.๔.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

ทำงาน

(/) ๗.๔.๔.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

(/) ๗.๔.๔.๕ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

(/) ๗.๔.๔.๖ การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

(/) ๗.๔.๔.๗ การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครกไม่พร้อม

(/) ๗.๔.๔.๘ การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

() ๗.๔.๔.๙ อื่นๆ (ระบุ)

(/) ๗.๔.๕.๑ กลุ่มผู้สูงอายุ

(/) ๗.๔.๕.๑.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

(/) ๗.๔.๕.๑.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

(/) ๗.๔.๕.๑.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

(/) ๗.๔.๕.๑.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

(/) ๗.๔.๕.๑.๕ การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

(/) ๗.๔.๕.๑.๖ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

(/) ๗.๔.๕.๑.๗ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

() ๗.๔.๕.๑.๘ อื่นๆ (ระบุ)

(/) ๗.๔.๕.๒ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

(/) ๗.๔.๕.๒.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

(/) ๗.๔.๕.๒.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

(/) ๗.๔.๕.๒.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

(/) ๗.๔.๕.๒.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

(/) ๗.๔.๕.๒.๕ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

(/) ๗.๔.๕.๒.๖ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

(/) ๗.๔.๕.๒.๗ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

(/) ๗.๔.๕.๒.๘ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

(/) ๗.๔.๕.๒.๙ อื่นๆ (ระบุ)

() ๗.๔.๖ กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

() ๗.๔.๖.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

() ๗.๔.๖.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

() ๗.๔.๖.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

() ๗.๔.๖.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

() ๗.๔.๖.๕ การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

() ๗.๔.๖.๖ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

() ๗.๔.๖.๗ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

() ๗.๔.๖.๘ อื่นๆ (ระบุ) อบรมจิตอาสาในการดูแลคนพิการและผู้ด้อยโอกาส

() ๗.๔.๗ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

() ๗.๔.๗.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ


() ๗.๔.๗.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

() ๗.๔.๗.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ


() ๗.๔.๗.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

() ๗.๔.๗.๕ การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

- () ๗.๔.๗.๖ อื่นๆ (ระบุ)
- () ๗.๔.๘ สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๗(๔)]
- () ๗.๔.๘.๑ อื่นๆ (ระบุ)

ลงชื่อ  ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(นางรภัทกร เขียวรอด)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๕
หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ


.....
(นายเกรียงไกร คำคุณ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองม่วง
วันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๕

ส่วนที่ ๒ : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

(องค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง)

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๖๔ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

(/) อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน ๓๑,๐๐๐ บาท

เพราะ

() ไม่อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

เพราะ

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี)

(/) ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่ ๓) ภายในวันที่

ลงชื่อ

(นางสาวรัชณี หลิวทอง)

ตำแหน่ง นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง

ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง

วันที่-เดือน-พ.ศ.

ฎีกาเบิกเงิน

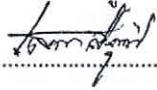
กองทุนสุขภาพตำบลอบต.หนองม่วง

เลขที่ L8624.008/2565

วันที่ จัดทำ 31/01/2565

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง




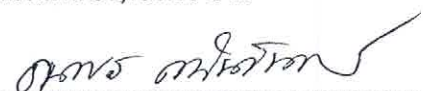


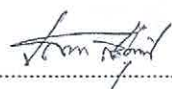

ตามที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ได้อนุมัติโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส ให้แก่ ผู้ได้รับการอนุมัติ ส.ท.เสวก ศรีอุทิศ และจิตอาสา อบต.หนองม่วง จำนวนเงิน 51,750.00 บาท นั้น บัดนี้ ผู้ได้รับการอนุมัติ มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 51,750.00 บาท เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ หลักฐานประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน1.... ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน ส.ท.เสวก ศรีอุทิศ จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ ส.ท.  ผู้ขอเบิก
(เสวก ศรีอุทิศ)

จ่ายเงินแล้ว

(นางสาวประภารัตน์ แสงมณี)

ตำแหน่ง จิตอาสาองค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง

| | |
|---|---|
| <p>ได้ตรวจรับเงินและหลักฐานการรับเงินถูกต้องและ ได้ตรวจสอบแล้วมีผู้มอบเงินเพื่อที่จะเบิกจ่ายได้ จำนวน 335,296.63 บาท</p> <p>ลงชื่อ  ผู้ตรวจสอบ (นางสาวประภารัตน์ แสงมณี) ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานพัสดุชำนาญงาน รักษาการแทน ผู้อำนวยการกองคลัง วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2565</p> | <p>เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง เห็นควรให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น</p> <p>ลงชื่อ  (นางสาวประภารัตน์ แสงมณี) ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานพัสดุชำนาญงาน รักษาการแทน ผู้อำนวยการกองคลัง วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2565</p> |
| <p>เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น</p> <p>ลงชื่อ สิบตำรวจตรี  (สมยศ ลบหล้า) ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง 3 กุมภาพันธ์ 2565</p> | <p>อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน 51,750.00 บาท</p> <p>ลงชื่อ  (นางสาวธนพร เป้นจันทร์) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2565</p> |
| <p>จ่ายเป็น <input checked="" type="checkbox"/> เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาคา <input type="checkbox"/> ทางธนาคาร</p> <p>ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร บัญชีเลขที่ 0820198174 เลขที่เช็ค 36685606 ลงวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2565 จำนวนเงิน 51,750.00 บาท (ห้าหมื่นหนึ่งพันเจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน) จ่ายให้ กลุ่มจิตอาสา องค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง</p> | <p>ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร ลงชื่อ ส.ต.ต.  ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มหนึ่ง) (สมยศ ลบหล้า) ตำแหน่ง ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง ลงชื่อ  ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มสอง) (นางสาวรัตน์เกล้า สืบเสาะ) ตำแหน่ง นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ</p> |
| หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน | |
| <p>ได้รับเงินจำนวน 51,750.00 บาท</p> <p>ลงชื่อ ส.ท.  ผู้รับเงิน (1) (เสวก ศรีอุทิศ) ตำแหน่ง จิตอาสาองค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2565</p> | <p>ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 51,750.00 บาท</p> <p>ลงชื่อ  ผู้จ่ายเงิน (นางสาวประภารัตน์ แสงมณี) ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานพัสดุชำนาญงาน รักษาการแทน ผู้อำนวยการกองคลัง วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2565</p> |

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๕ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

ข้าพเจ้า กลุ่มจิตอาสาองค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง อยู่บ้านเลขที่ - หมู่ที่ -

ตำบล หนองม่วง อำเภอ หนองม่วง จังหวัด ลพบุรี

ได้รับเงินจาก กองทุนสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี ดังรายการต่อไปนี้

| รายการ | จำนวนเงิน | |
|---|-----------|---|
| ข้าพเจ้า กลุ่มจิตอาสาองค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง ได้รับเงินอุดหนุน ตามโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส จากกองทุนสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี ไว้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว เป็นเงิน | 51,750 | - |
| | 51,750 | - |

จ่ายเงินแล้ว

(นางสาวประภาณี แสงมณี)
 เจ้าหน้าที่งานพัสดุชำนาญงาน ศึกษาราชการแทน
 ผู้อำนวยการกองคลัง

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) - ห้าหมื่นหนึ่งพันเจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน -

(ลงชื่อ) เสวก ศรีอุทิศ ผู้รับเงิน
 (เสวก ศรีอุทิศ)
 03 ก.พ. 2565

(ลงชื่อ) นายมานิต พวงทอง ผู้รับเงิน
 (นายมานิต พวงทอง)
 03 ก.พ. 2565

(ลงชื่อ) นางนงนที พวงทอง ผู้รับเงิน
 (นางนงนที พวงทอง)
 03 ก.พ. 2565

(ลงชื่อ) นางสาวประภาณี แสงมณี ผู้จ่ายเงิน
 (นางสาวประภาณี แสงมณี)
 03 ก.พ. 2565

บันทึกข้อตกลง

การขอรับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
กองทุนสุขภาพตำบลอบต.หนองม่วง

เขียนที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ

วันที่ 31 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565

บันทึกนี้ ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนฯ ระหว่าง ส.ท.เสวก ศรีอุทิศ และจิตอาสา อบต.หนองม่วง โดย ส.ท.เสวก ศรีอุทิศ ในฐานะผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม” ฝ่ายหนึ่ง กับกองทุนฯ โดย นางสาวธนพร แป้นจันทร์ ในฐานะประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่าย ได้ตกลงทำบันทึกข้อตกลงกัน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ 1 ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ตกลงจะดำเนินการโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์/เป้า หมาย/แผนการดำเนิน ของโครงการ/กิจกรรม ตามเอกสารแนบท้ายบันทึกนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ และตามระเบียบของกองทุนฯ และหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกประการ โดยได้รับการ อุดหนุนเงิน จำนวน 51,750.00 บาท (ห้าหมื่นหนึ่งพันเจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

เงื่อนไขการจ่ายเงิน กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.หนองม่วง โดยมีเงื่อนไขการจ่ายดังต่อไปนี้

ผู้รับผิดชอบโครงการจะต้องเป็นผู้จัดเก็บหลักฐานประกอบการจ่ายต่างๆ เพื่อรอการตรวจสอบไว้เอง ดังนี้

- (1) โครงการ/กิจกรรม ที่ผ่านการอนุมัติและประธานกรรมการได้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว
- (2) แบบบันทึกข้อตกลง ต้องระบุรายละเอียดอันเป็นสาระสำคัญในข้อตกลงให้ครบถ้วน

ประกอบด้วย

(2.1) รายละเอียดโครงการ เช่น วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด วิธีการดำเนินการ ระยะเวลา ดำเนินการ สถานที่ดำเนินการ งบประมาณ ผลที่คาดว่าจะได้รับ สรุปแผน/โครงการ เป็นต้น

(2.2) รายละเอียดการจ่าย (เงื่อนไขการจ่ายเงิน) งวดเดียว เมื่อลงนามในข้อตกลงแล้ว

(2.3) หลักฐานการรับเงินของผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม

(2.4) หลักฐานการส่งมอบงาน หรือรายงานผลการดำเนินงาน สิ่งต้องส่งได้แก่

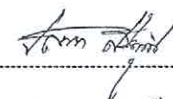
(2.4.1) รายงานผลการดำเนินงาน เอกสาร/ซีดี

(2.4.2) รายงานการจ่ายเงินตามแผนงาน/กิจกรรม ที่ได้รับอนุมัติ

ข้อ 2 หากผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ไม่ดำเนินการตามโครงการ/กิจกรรม และหรือหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ วัตถุประสงค์ และระยะเวลาที่กำหนด เว้นแต่การไม่ดำเนินการหรือดำเนินการไม่เป็นไปตามโครงการ/กิจกรรม นั้น เกิดจากเหตุสุดวิสัยหรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งได้เกิดจากการกระทำของผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ยินยอมรับผิดชอบเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดอันเกิดจากการ ดำเนินการหรือไม่ดำเนินการดังกล่าว ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมโดยมีต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือ แต่อย่างใด

หากผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ไม่ชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ยินยอมเสียดอกเบี้ยตามอัตราที่กฎหมายกำหนด นับแต่วันที่ได้รับเงินไปจากผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม รวมทั้งยินยอมให้ ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมดำเนินคดีได้ตามกฎหมายโดยมีเงื่อนไขดังนี้


1. การดำเนินงานต้องเป็นไปตามโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับอนุมัติ
 2. การใช้จ่ายงบประมาณในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมจะต้องมีหลักฐานการเบิกจ่าย (ใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน) และให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ
 3. ในกรณีที่มีการจัดซื้อ/จัดจ้าง/จัดหา วัสดุหรือครุภัณฑ์ ให้ใช้ราคาตามบัญชีมาตรฐานครุภัณฑ์ ของทางราชการโดยอนุโลม
 4. หากมีเงินเหลือจ่ายจากการดำเนินงานให้นำเงินที่เหลือส่งคืนกองทุนฯ
 5. ให้ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม รายงานผลการดำเนินงานให้กองทุนฯ ตามรูปแบบและระยะเวลาที่กองทุนฯ กำหนด
 6. งบประมาณที่สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมเป็นงบประมาณของกองทุนฯ กองทุนฯ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการแก้ไขเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติของกองทุนฯ ถ้าผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กองทุนฯ กำหนด
- บันทึกนี้ ทำขึ้นเป็นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกันโดยมอบให้ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม หนึ่งฉบับ

(ลงชื่อ) ส.ท.  ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม
(เสวก ศรีสุทศ)

ตำแหน่ง จิตอาสาองค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง

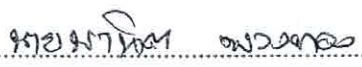
(ลงชื่อ)  ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม
(นางสาวธนพร แป้นจันทร์)

ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ

(ลงชื่อ) ส.ต.ต.  พยาน

(สมยศ ลบหล้า)

กรรมการและเลขานุการกองทุนฯ

(ลงชื่อ)  พยาน

(นายมานิต พวงทอง)

กรรมการกองทุนฯ

เรื่อง ขอเสนอ โครงการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง

ด้วย จิตอาสาพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง มีความประสงค์จะจัดทำโครงการการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง เป็นเงิน ๕๑,๗๕๐ บาท (ห้าหมื่นหนึ่งพันเจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน) โดยมีรายละเอียด โครงการและกิจกรรม ดังนี้

ส่วนที่ ๑ : รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียด

๑. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
๒. เพื่อสนับสนุนให้คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส ได้รับบริการขั้นพื้นฐานให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้
๓. เพื่อสนับสนุนการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ในระดับครอบครัว และหมู่บ้าน เชื่อมโยง

กับหน่วยบริการ

๔. เพื่อสนับสนุน การพัฒนาระบบการบริการสุขภาพ ให้ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส ในท้องถิ่นและหมู่บ้าน

๕. เพื่อพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งของทีมจิตอาสา และเครือข่ายในการดูแลสุขภาพคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส

ตัวชี้วัด

๑. ร้อยละ ๘๐ ของคนพิการ ผู้สูงอายุและผู้ด้อยโอกาส ได้รับการเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
๒. ร้อยละ ๘๐ ของผู้ดูแลคนพิการและคนพิการ มีความพึงพอใจต่อกระบวนการติดตามเยี่ยมบ้านของจิตอาสา
๓. ร้อยละ ๘๐ ของจิตอาสา ผ่านการประเมินความรู้ ความสามารถในการดูแลคนพิการ (ความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติกรดูแลคนพิการและผู้ด้อยโอกาส)

๔. จิตอาสา อสม. ผู้นำชุมชน และ สมาชิก อปท.ในหมู่บ้าน มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

๒. วิธีดำเนินการ

๑. จัดทำโครงการ เสนอโครงการเพื่อขออนุมัติ ประชุมชี้แจง ทบทวนบทบาทหน้าที่ แผนการทำงาน ๑ ครั้ง
๒. คัดเลือกจิตอาสาเพิ่มเติม และ ประสานหน่วยบริการสาธารณสุข เพื่อพัฒนาศักยภาพประชุมวิชาการ อบรม พัฒนาคความรู้ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส จำนวน ๒ ครั้ง
๓. ร่วมจัดทำคู่มือ แนวทางปฏิบัติ ในการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค และทำแบบเยี่ยมบ้านสำหรับจิตอาสา
๔. จิตอาสา คัดกรองสุขภาพและจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส ร่วมกับ เจ้าหน้าที่ รพ.และเจ้าหน้าที่ อบต จำนวน ๓ ครั้ง
๕. จิตอาสา เยี่ยมบ้านคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส จำนวน ๑๐๙ คน * ๗ ครั้ง
๖. จิตอาสา ประสาน ทีมสหสาขาวิชาชีพเยี่ยมบ้านคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส จำนวน ๓ ครั้ง
๗. จิตอาสา ส่งต่อแบบเยี่ยมบ้าน แบบคัดกรองสุขภาพ และปรึกษาข้อมูลสุขภาพ คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส

๘. จัดซื้อเครื่องมือ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ สำหรับจิตอาสา ในการดำเนินงานคัดกรองสุขภาพ เยี่ยมบ้าน และประสานงานให้คนพิการได้รับกายอุปกรณ์สำหรับฟื้นฟูสมรรถภาพ

๙. สนับสนุนและประชาสัมพันธ์การจัดตั้งกองทุนเครื่องมือแพทย์ หลวงพ่อรักษ์

๑๐. ร่วมประชุมนำเสนอ การสรุปปัญหา ผลการดำเนินงานการพัฒนางานนำเสนอผล

๑๑. สรุปผลการดำเนินงาน

๓. ระยะเวลาดำเนินการ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕

๔. สถานที่ดำเนินการ พื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง

๕. งบประมาณ จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง จำนวน ๕๑,๗๕๐ บาท รายละเอียด ดังนี้

| | | |
|---|----------|------------|
| - ค่าอาหารกลางวัน อาหารว่างและเครื่องดื่มสำหรับประชุม/อบรม ๑๐๐ บาท x ๖ คน x ๒ วัน | เป็นเงิน | ๑,๒๐๐ บาท |
| - ค่าวัสดุสำนักงาน และค่าอุปกรณ์ในการจัดอบรม และปฏิบัติงาน | เป็นเงิน | ๑,๐๐๐ บาท |
| - ค่าถ่ายเอกสารแบบ ADL และแบบเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง | เป็นเงิน | ๑,๐๐๐ บาท |
| - ค่าตอบแทนในการออกปฏิบัติหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานจิตอาสา ในการเยี่ยมบ้านผู้พิการ ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส ๑๐๙ คน x ๕๐ บาท x ๗ เดือน | เป็นเงิน | ๓๘,๑๕๐ บาท |
| - ค่าอาหารกลางวัน อาหารว่างและเครื่องดื่ม ทีมสหสาขาวิชาชีพ และจิตอาสา เยี่ยมบ้านคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส ๑๐ คน x ๑๐๐ บาท x ๓ ครั้ง/ปี | เป็นเงิน | ๓,๐๐๐ บาท |
| - ค่าอาหารกลางวัน อาหารว่างและเครื่องดื่ม จิตอาสาหรือ care giver คัดกรองสุขภาพคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส ๘ คน x ๑๐๐ บาท x ๓ ครั้ง/ปี | เป็นเงิน | ๒,๔๐๐ บาท |
| - ค่าเครื่องวัดความดันโลหิต ปรอทดิจิทัล ตาชั่ง ค่าฟลายเดอร์ ค่าถ่านไฟฉาย และค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ | เป็นเงิน | ๕,๐๐๐ บาท |

รวมเป็นเงิน ๕๑,๗๕๐ บาท (ห้าหมื่นหนึ่งพันเจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

หมายเหตุงบประมาณสามารถถัวเฉลี่ยกันได้ทุกกิจกรรม

๖. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. คนพิการได้รับการดูแลสุขภาพ ด้านส่งเสริม ป้องกันโรค
๒. จิตอาสาดูแลสุขภาพคนพิการ และผู้ด้อยโอกาส มีความรู้ ทักษะ และปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐาน
๓. มีเครือข่ายดูแลสุขภาพคนพิการและผู้ด้อยโอกาส ที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ในหมู่บ้าน

๗. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อให้เลือกเพียง ๑ รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)

๗.๑ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๗)

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน

- () ๗.๑.๑ หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.
- () ๗.๑.๒ หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล
- () ๗.๑.๓ หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.
- () ๗.๑.๔ หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน
- (/) ๗.๑.๕ กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

๗.๒ ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๗)

- () ๗.๒.๑ สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ ๗(๑)]
- () ๗.๒.๒ สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ ๗(๒)]
- (/) ๗.๒.๓ สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ ๗(๓)]
- () ๗.๒.๔ สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๗(๔)]
- () ๗.๒.๕ สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ ๗(๕)]

๗.๓ กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ. ๒๕๕๗)

- ๗.๓.๑ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด
- ๗.๓.๒ กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน
- ๗.๓.๓ กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน
- ๗.๓.๔ กลุ่มวัยทำงาน
- ๗.๓.๕.๑ กลุ่มผู้สูงอายุ
- ๗.๓.๕.๒ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- ๗.๓.๖ กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ
- ๗.๓.๗ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง
- ๗.๓.๘ สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๗(๔)]

๗.๔ กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก

- ๗.๔.๑ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด
 - ๗.๔.๑.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - ๗.๔.๑.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - ๗.๔.๑.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด
 - ๗.๔.๑.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - ๗.๔.๑.๕ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
 - ๗.๔.๑.๖ การคัดกรองและดูแลรักษาแม่เรื้อรังปากมดลูกและมะเร็งเต้านม
 - ๗.๔.๑.๗ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
 - ๗.๔.๑.๘ อื่นๆ (ระบุ)
- ๗.๔.๒ กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน
 - ๗.๔.๒.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - ๗.๔.๒.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - ๗.๔.๒.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
 - ๗.๔.๒.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - ๗.๔.๒.๕ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
 - ๗.๔.๒.๖ การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย
 - ๗.๔.๒.๗ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
 - ๗.๔.๒.๘ อื่นๆ (ระบุ)

- ๗.๔.๓ กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน
 - ๗.๔.๓.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - ๗.๔.๓.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - ๗.๔.๓.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
 - ๗.๔.๓.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - ๗.๔.๓.๕ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
 - ๗.๔.๓.๖ การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย
 - ๗.๔.๓.๗ การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม
 - ๗.๔.๓.๘ การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
 - ๗.๔.๓.๙ อื่นๆ (ระบุ)

- ๗.๔.๔ กลุ่มวัยทำงาน
 - ๗.๔.๔.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - ๗.๔.๔.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

- () ๗.๔.๔.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- () ๗.๔.๔.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- () ๗.๔.๔.๕ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
- () ๗.๔.๔.๖ การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน
- () ๗.๔.๔.๗ การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม
- () ๗.๔.๔.๘ การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- () ๗.๔.๔.๙ อื่นๆ (ระบุ) _____

(/) ๗.๔.๕.๑ กลุ่มผู้สูงอายุ

- (/) ๗.๔.๕.๑.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- (/) ๗.๔.๕.๑.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- (/) ๗.๔.๕.๑.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- (/) ๗.๔.๕.๑.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- (/) ๗.๔.๕.๑.๕ การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
- (/) ๗.๔.๕.๑.๖ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
- (/) ๗.๔.๕.๑.๗ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
- () ๗.๔.๕.๑.๘ อื่นๆ (ระบุ) _____

(/) ๗.๔.๕.๒ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

- (/) ๗.๔.๕.๒.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- (/) ๗.๔.๕.๒.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- (/) ๗.๔.๕.๒.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- (/) ๗.๔.๕.๒.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- (/) ๗.๔.๕.๒.๕ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- (/) ๗.๔.๕.๒.๖ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ
- (/) ๗.๔.๕.๒.๗ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- (/) ๗.๔.๕.๒.๘ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง
- () ๗.๔.๕.๒.๙ อื่นๆ (ระบุ) _____

(/) ๗.๔.๖ กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

- (/) ๗.๔.๖.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- (/) ๗.๔.๖.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- (/) ๗.๔.๖.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- (/) ๗.๔.๖.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- (/) ๗.๔.๖.๕ การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
- (/) ๗.๔.๖.๖ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
- (/) ๗.๔.๖.๗ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
- (/) ๗.๔.๖.๘ อื่นๆ (ระบุ) อบรมจิตอาสาในการดูแลคนพิการและผู้ด้อยโอกาส

() ๗.๔.๗ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

- () ๗.๔.๗.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- () ๗.๔.๗.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- () ๗.๔.๗.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- () ๗.๔.๗.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- () ๗.๔.๗.๕ การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

41-009

รหัสสาขา 0425 บัญชีเลขที่ 020169781145
 Branch Code Account No.

ชื่อสาขา สาขาหนองม่วง รหัสโครงการ
 Branch Name Project Code

ชื่อบัญชี
 Account Name

กลุ่มจิตอาสาองค์กรบริหารส่วนตำบล หนองม่วง

2001 - บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ (ใช้สมุดคู่ฝาก)



201718724
 ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร
 BANK FOR AGRICULTURE AND AGRICULTURAL CO-OPERATIVES
 ธนาคารของรัฐ

เล่มที่

000201718724

ผู้มีอำนาจลงนาม
 Authorized Signature

16-03/61



| วันที่ DATE | สาขา ORG.BR. | คำย่อ CODE | ถอน WITHDRAWAL | ฝาก DEPOSIT | ยอดคงเหลือ BALANCE | เจ้าหน้าที่ STAFF ID. |
|----------------|-----------------|---------------|-------------------|----------------|-----------------------|--------------------------|
| 21/07/64 | 0425 | SWCA | *****2,050.00 | | *****33,433.35 | 5601315 1 |
| 22/09/64 | 0425 | SWCA | *****33,300.00 | | *****133.35 | 6100114 2 |
| | | | | | | 3 |
| | | | | | | 4 |
| | | | | | | 5 |
| | | | | | | 6 |
| | | | | | | 7 |
| | | | | | | 8 |
| | | | | | | 9 |
| | | | | | | 10 |
| | | | | | | 11 |


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number: **3 1601 00473 66 4**

ชื่อและนามสกุล นาย มานิต พวงทอง
 Name **Mr. Manit**
 Last name **Phuangthong**
 เกิดวันที่ 4 มี.ค. 2505
 Date of Birth **4 Mar 1962**

ชาย 183/7 ซม. น.ต.หนองม่วง
อ.หนองม่วง จ.ลพบุรี
 17 มี.ค. 2563
 17 Dec 2020
 Date of Issue


 3 มี.ค. 2572
 3 Mar 2029
 Date of Expiry

1611 04 12170907



มานิต พวงทอง

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน 3 1603 00600 52 0
Identification Number


ชื่อตัวและชื่อสกุล นาง นະที พวงทอง
Name Mrs. Natee
Last name Phuangthong
เกิดวันที่ 25 มิ.ย. 2511
Date of Birth 25 Jun. 1968
ศาสนา พุทธ

ที่ร. 183/7 หมู่ที่ 4 ต.หนองม่วง
อ.หนองม่วง จ.ลพบุรี

29 ต.ค. 2558
วันออกบัตร 29 Oct. 2015
Date of Issue

24 มิ.ย. 2567
วันหมดอายุ (อายุต้องไม่เกิน ๖๐ ปี)
24 Jun. 2024
Date of Expiry

1811-02-10290917



นางนที พวงทอง


บัตรประชาชนไทย Thai National ID Card
 เลขบัตรประชาชน Registration Number: 5 1603 00009 27 5

ชื่อและชื่อสกุล ส.พ. เสวก ศรีอู่ศ
 Name: S. P. Sawek Sri-oo-see
 เลขบัตรประชาชน: 5 1603 00009 27 5
 เกิดวันที่: 20 ก.พ. 2490
 Date of Birth: 20 Feb. 1947
 ฐานนา: ๒๕๕๖
 ที่อยู่: 188/2 หมู่ที่ 4 ต.หนองม่วง อ.ลพบุรี
 Address: 188/2 หมู่ที่ 4 ต.หนองม่วง อ.ลพบุรี
 ๑ ก.พ. 2558
 Valid Until: 1 Feb. 2015
 Date of Issue: ๑๖ ก.พ. ๒๕๕๘
 Date of Issue: 16 Feb. 2015

กรมการปกครอง
 Ministry of Interior
 ๑๖๑๑-๐๒-๐๒๐๙๑๓๕๘
 1611-02-02091358





Sam Sornil

03 ก.พ. 2565

บริษัท อีโคโนมิค จำกัด

สาขา หนองแขม

51,950.-

[Handwritten signature]



ธนาคารเพื่อการพาณิชย์และสาขานานาชาติ
Siam Commercial Bank - International Branch

CHEQUE

36685606

กิตติศักดิ์ ภาวดีชัยวิเศษ

51,950.00

03 ก.พ. 2565

41-026

36685606

๓๖๖ ๘๕๖๐๖ ๐๓๔ ๒๕๖

๐๘ ๒๐ ๒๕๖๕

สำเนาฉบับ



ที่ ลป ๗๕๒๐๔/๒๒๐

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง
อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี ๑๕๑๗๐

๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง การขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดลพบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๑ ชุด

ด้วย มีประชาชนในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วงมายื่นแบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ เนื่องจากขอมีบัตรครั้งแรก เพื่อให้องค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วงดำเนินการประสานงานไปยังพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดลพบุรี เพื่อให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๑ ราย ดังนี้

๑. นายวินัย เข้มสัมฤทธิ์ บ้านเลขที่ ๕๐๔ หมู่ที่ ๒ ต.หนองม่วง อ.หนองม่วง จ.ลพบุรี

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง จึงขอส่งแบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๑ ราย รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณท่านมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวธนพร แป้นจันทร์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง

กองสวัสดิการสังคม

โทร. ๐-๓๖๖๔-๘๐๔๒

| | |
|----------------|-----------|
| รับวันที่..... | เวลา..... |
| ผู้รับ..... | |

“ ยึดมั่นธรรมาภิบาล บริการเพื่อประชาชน ”

ร่าง.....
พิมพ์.....
ทาน.....
ตรวจ.....



แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปถ่าย
คนพิการ

อบต.หนองม่วง

อ.หนองม่วง จ.ลพบุรี

หน่วยงานรับคำขอ.....

วันที่ 24 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2556

ขอมีบัตรครั้งแรก

ขอมีบัตรเนื่องจาก

บัตรเดิมหมดอายุ

ขำรด

สูญหาย

มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ

อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

๑.๑ คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่น ๆ (ระบุ).....

๑.๒ ชื่อ ศุภกานันท์ นามสกุล ใจไม่ลืมญาติ

๑.๓ เกิดเมื่อวันที่ 4 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2514

๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน 366010004641

๑.๕ ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่น ๆ (ระบุ).....

๑.๖ สถานภาพสมรส โสด สมรสอยู่ด้วยกัน หม้าย

๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ 504 หมู่ที่ 2 ตรอก/ซอย..... ถนน.....

หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต หนองม่วง

จังหวัด ลพบุรี รหัสไปรษณีย์ 15170 โทรศัพท์.....

มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....

๑.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่ 504 หมู่ที่ 2 ตรอก/ซอย..... ถนน.....

หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด ลพบุรี รหัสไปรษณีย์ 15170 โทรศัพท์.....

มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....

๑.๙ การศึกษา

ไม่ได้เรียน

จบการศึกษาชั้นสูงสุด

ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย

ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

อนุปริญญา ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

ปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

อื่น ๆ (ระบุ).....

๑.๑๐ อาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....

ประกอบอาชีพ

เกษตรกรรม รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ลูกจ้างเอกชน

รับจ้างทั่วไป ธุรกิจส่วนตัว อาชีพอื่น ๆ (ระบุ).....

๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ..... บาท/เดือน

๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว)..... บาท

๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี)..... คน

๑.๑๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

- ทางกาเห็น
- ทางกาได้ยินหรือสื่อความหมาย
- ทางกาเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
- ทางจิตใจหรือพฤติกรรม
- ทางสติปัญญา
- ทางการเรียนรู้
- ทางอหิสติก

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ไม่มี มี (กรอกข้อมูลข้อ ๓.๒)

๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(๑) คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่นๆ(ระบุ)

(๒) ชื่อ พี่ชาย นามสกุล เพ็ญสมภพ

(๓) เลขประจำตัวประชาชน 36707 00830 544 - - - - -

เลขหนังสือเดินทาง

(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ บิดมารดา บุตร สามเษหรือภรรยา พี่น้อง

ปู่ย่าตายาย ลุงป้าอา บุคคลอื่น (ระบุ)

(๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ 504 หมู่ที่ 2 ตรอก/ซอย

หมู่บ้าน

จังหวัด จพบุรี รหัสไปรษณีย์ 15170 โทรศัพท์ 0817951831

มือถือ

(๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ยินยอม ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ T 
 (.....)
 คนพิการ

ลงชื่อ พี่ชาย เพ็ญสมภพ
 (.....)
 ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน

เลขประจำตัวประชาชน

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน เห็นควร ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ

(นางสาวรัตนเกล้า สืบเสาะ)

ตำแหน่ง นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ

เจ้าหน้าที่รับคำขอ.

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

- อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ
- ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- ความเห็นอื่น ๆ

ลงชื่อ

ตำแหน่ง

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

หนังสือมอบอำนาจ

เรื่อง การเป็นผู้ดูแลคนพิการ

เขียนที่..... อปท.บหนองม่วง.....

วันที่ 24 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า ศาสตราจารย์ ใจมลิ้งดุทธิ
อายุ 52 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย บุตร นาย/นาง.....
อยู่บ้านเลขที่ 504 หมู่ ๕ แขวง/ตำบล หนองม่วง เขต/อำเภอ หนองม่วง
จังหวัด ลพบุรี เบอร์โทรศัพท์.....

ได้มอบอำนาจให้ นางสาว ใจมลิ้งดุทธิ
อายุ 51 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย บุตร นาย/นาง.....
อยู่บ้านเลขที่ 504 หมู่ ๕ แขวง/ตำบล หนองม่วง เขต/อำเภอ หนองม่วง
จังหวัด ลพบุรี เบอร์โทรศัพท์ 081-7951831

เป็นผู้มีอำนาจเป็นผู้ดูแลคนพิการชื่อ ศาสตราจารย์ ใจมลิ้งดุทธิ
แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้
เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็น
สำคัญต่อหน้าพยานแล้ว



ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(ศาสตราจารย์ ใจมลิ้งดุทธิ)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(นางสาว ใจมลิ้งดุทธิ)

ลงชื่อ.....พยาน
(นางสาวรัตนเกลา สืบเสาะ)
นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ

ลงชื่อ.....พยาน
(นางสาววิชุดา บุณยดี)


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน 3 6601 00074 64 1
 Identification Number

ชื่อและชื่อสกุล **นาย วินัย เข้มสัมฤทธิ์**
 Name **Mr. Winai**
 Last name **Khemsamrit**

เกิดวันที่ 4 ก.พ. 2514
 Date of Birth **4 Feb. 1971**

สถานภาพ **โสด**

เลข 504 หมู่ที่ 2 ต.หนองม่วง
 อ.หนองม่วง จ.ลพบุรี

29 พ.ค. 2566
 29 May 2023

3 ก.พ. 2575
 3 Feb. 2032

1611-04-05290913




คัดแทนฉบับเดิมที่ สูญหาย/ข้าราชการเกี่ยวกับบ้าน

เล่มที่ 1

เลขรหัสประจำบ้าน 1611-001038-3

สำนักทะเบียน

อำเภอหนองม่วง

รายการที่อยู่ 504 หมู่ที่ 2

ตำบลหนองม่วง อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี

ชื่อหมู่บ้าน

ชื่อบ้าน

ประเภทบ้าน บ้าน

ลักษณะบ้าน

วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2533

ลงชื่อ

(นางทิพวัลย์ ตันตระกูล)

นายทะเบียน

วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 21 สิงหาคม พ.ศ. 2562



นายวินัย เข้มสัมฤทธิ์

6

เล่มที่ 1

รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน

1611-001038-3

ลำดับที่ 5

ชื่อ นายวินัย เข้มสัมฤทธิ์

สัญชาติ ไทย

เพศ ชาย

เลขประจำตัวประชาชน 3-6601-00074-64-1

สถานภาพ เจ้าบ้าน

เกิดเมื่อ 4 ก.พ. 2514

มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ ส้านเนียง

สัญชาติ ไทย

บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ กาหลง

สัญชาติ ไทย

* มาจาก

ฐานข้อมูลการทะเบียนราษฎร

นายทะเบียน

เมื่อ 17 ธ.ค. 2551

(นางทิพวัลย์ ตันตระกูล)

** ไปที่

นายทะเบียน


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number **3 6707 00830 54 4**

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาง ฝ่าย เข้มสัมฤทธิ์
 Name Mrs. Fai
 Last Name Khemsamrit

เกิดวันที่ 27 ก.ค. 2515
 Date of Birth 27 Jul. 1972

ศาสนา พุทธ
 Religion Buddhism

ที่อยู่ 504 หมู่ที่ 2 ต.หนองม่วง
อ.หนองม่วง จ.ลพบุรี
 3 ก.ค. 2563
 3 Jul. 2020
 Date of Issue


 (นายสมาน จังจิระ)
 เจ้าพนักงานออกบัตร

28 ก.ค. 2572
 28 Jul. 2027
 Date of Expiry


 1611-03-08031107

นาง ฝ่าย เข้มสัมฤทธิ์

BORA-10.7-06-2562



ประเทศไทย
THAILAND

ME2-1400749-12

คัดค้านฉบับเดิมที่ สูญหาย/ขาดรายการเกี่ยวกับบ้าน

เล่มที่ 1

เลขรหัสประจำบ้าน 1611-001038-3

สำนักทะเบียน

อำเภอหนองม่วง

รายการที่อยู่ 504 หมู่ที่ 2

ตำบลหนองม่วง อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี

ชื่อหมู่บ้าน

ชื่อบ้าน

ประเภทบ้าน บ้าน

ลักษณะบ้าน

วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2533

ลงชื่อ

(นางทิพวัลย์ ตันตระกูล)

นายทะเบียน

วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 21 สิงหาคม พ.ศ. 2562

นาง เข็มสัมพันธ์

เล่มที่ 1

รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน

1611-001038-3

ลำดับที่ 6

ชื่อ นางฝ่าย เข็มสัมพันธ์

สัญชาติ ไทย

เพศ หญิง

เลขประจำตัวประชาชน 3-6707-00830-54-4 สถานภาพ ผู้อาศัย

เกิดเมื่อ 27 ก.ค. 2515

มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ อรุโ

3-6707-00834-23-0

สัญชาติ ไทย

บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ ใบ

สัญชาติ ไทย

* มาจาก

ฐานข้อมูลการทะเบียนราษฎร

นายทะเบียน

เมื่อ 17 ธ.ค. 2551

(นางทิพวัลย์ ตันตระกูล)

** ไปที่

นายทะเบียน

หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ

เขียนที่ ที่ทำการผู้ด้อยโอกาส ม.๑ ต.หนองม่วง
วันที่ 24 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2566

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ชื่อผู้รับรอง) ทศพรสิทธิ์ ใจดวงมณี อายุ 45 ปี

เลขประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการ/บัตรประจำตัวพนักงาน เลขที่ 3 1603 00293 13 9

ตำแหน่ง ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ม.๑ ออกให้โดย อ. ทศพรสิทธิ์

วันหมดอายุ 13 ม.ค. 2569 มีสถานภาพเป็น

กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกสภาท้องถิ่น

ประธานชุมชน พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ (ของหน่วยงานราชการ, รัฐวิสาหกิจ)

อาศัยอยู่บ้านเลขที่ 279 / 9 หมู่ 2 ซอย 10/100 9 ถนน

แขวง/ตำบล หนองม่วง เขต/อำเภอ หนองม่วง จังหวัด อุทัย

โทรศัพท์ 090-930-3619 ซึ่งอาศัย หรือปฏิบัติหน้าที่ อยู่ในพื้นที่เดียวกันกับคนพิการพักอาศัยอยู่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า (ชื่อผู้ดูแล) ทศพรสิทธิ์ ใจดวงมณี

เป็นผู้ดูแลคนพิการชื่อ (ชื่อคนพิการ) ทศพรสิทธิ์ ใจดวงมณี เลขประจำตัวประชาชน

3-6601-00074-64-1 จริง โดยผู้ดูแลคนพิการ มีความเกี่ยวพันเป็น ภรรยา

กับคนพิการ และเป็นผู้ดูแลคนพิการ ซึ่งปัจจุบันพักอาศัยอยู่บ้านหลังเดียวกันจริง ทั้งนี้เพื่อให้หนังสือรับรองฉบับนี้
เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา

ออกบัตรประจำตัวคนพิการ เปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ เพิ่มชื่อผู้ดูแลคนพิการ

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ทศพรสิทธิ์ ใจดวงมณี ผู้รับรอง
(ทศพรสิทธิ์ ใจดวงมณี)

ตำแหน่ง ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ม.๑

ลงชื่อ นางสาวรัตนเกล้า สืบเสาะ พยาน
(นางสาวรัตนเกล้า สืบเสาะ)
นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ

ลงชื่อ วิรัชดา พยาน
(นางสาววิรัชดา อนุบาล)

หมายเหตุ :

- บัตรประจำตัวกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกสภาท้องถิ่น ประธานชุมชน พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พร้อมรับรองสำเนาบัตรประจำตัวมาด้วย
- การรับรองเอกสารอื่นเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา



เลขประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัตร

๓ - ๑๖๐๓ - ๐๐๗๙๓ - ๑๓ - ๙

ชื่อ นายเสนีย์ ใจเย็นสมุทรศรี

ตำแหน่ง ผู้ใหญ่บ้าน

หมู่ที่ ๒ ตำบลหนองม่วง

อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี

วันที่ ๑๖ มิ.ย. ๒๕๖๕

ลงมือชื่อ

นาย โสภิต ปิ

(นายชยชัย ภูเจริญขจรธรรม)

นายอำเภอเมืองลพบุรี



บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ

ผู้ใหญ่บ้าน

เลขที่ ๒๖/๒๕๖๕

อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี

วันออกบัตร ๑๙ มิ.ย. ๒๕๖๕ บัตรหมดอายุ ๑๙ มิ.ย. ๒๕๖๘

ผู้ประเมินคุณภาพออกข้อสอบให้สมบูรณ์ ชื่อสถานศึกษา โรงเรียนวัดบางน้ำผึ้งนอก อำเภอ บางน้ำผึ้ง จังหวัด สมุทรสาคร
 ข้าพเจ้า ดร. พย. อดิศักดิ์ วัน 23 เดือน พ.ค. ปี 68
 ได้ประเมิน ต.ช.ด.อ. (นาย) นาง/น.ส. อ.ศ. น.ส. อดิศักดิ์ เลขประจำตัวประชาชน 3 6401 00074 64 1

| ประเภทความบกพร่อง | หัวข้อพิจารณา | ผลการประเมิน | | ระบุรายละเอียดลักษณะความบกพร่อง/พิการ | การเกิดความบกพร่อง/พิการ | สาเหตุความบกพร่อง/พิการ |
|--|---|--------------|---------|---|--|---|
| | | ไม่บกพร่อง | บกพร่อง | | | |
| 1. ทางการเห็น (ประเมินจากข้างที่ต่ำกว่า) *ข้างเดียวไม่พิการ | หัวข้อพิจารณา - การเห็นของสายตา * น้อยกว่า 6/18 หรือ 20/70 ลงไป - ตานสายตา * แยกกว่า 30 องศา | | | <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง | () ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน ปี เดือน | () พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ |
| 2. ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย (ประเมินจากข้างที่ต่ำกว่า) *ข้างเดียวไม่พิการ | หัวข้อพิจารณา - การได้ยินเสียง * พิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ - การเข้าใจภาษาพูด - การใช้ภาษาพูด | | | () หูหนวก.....ข้าง <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง () หูตึง <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> dB <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> dB () สื่อความหมาย | () ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน ปี เดือน | () พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ |
| 3. ทางการเคลื่อนไหวหรือทรงตัว (ประเมินจากข้างที่บกพร่อง) | หัวข้อพิจารณา - การเคลื่อนไหว มือ แขน ขา หรือเท้า ลักษณะทั่วไปของร่างกาย * พิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ | | | () การเคลื่อนไหว () ขาด ระบุ..... () อ่อนแรง ระบุ..... () อื่นๆ ระบุ..... () ร่างกาย ระบุ..... | () ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน <u>2</u> ปี เดือน | () พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () โรคหลอดเลือดสมอง () ไม่ทราบสาเหตุ |
| 4. ทางจิตใจหรือพฤติกรรม | หัวข้อพิจารณา - สภาพทางจิต/พฤติกรรม หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ | | | ระบุ..... | () ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน ปี เดือน | () พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ |
| 5. ทางสติปัญญา | หัวข้อพิจารณา - ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ | | | () พัฒนาการ () สติปัญญา ระบุ..... | () ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน ปี เดือน | () พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ |
| 6. ทางการเรียนรู้ | หัวข้อพิจารณา - ทักษะการเรียนรู้บกพร่อง หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ | | | ระบุ..... | () ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน ปี เดือน | () พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ |
| 7. ออทิสติก | หัวข้อพิจารณา - กลุ่มออทิสติก หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ | | | ระบุ..... | () ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน ปี เดือน | () พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ |

*ประเภทความพิการในเอกสารรับรองฉบับนี้ต้องเป็นไปตาม มาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 เท่านั้น นายทะเบียนจึงจะพิจารณาออกบัตรประชาชนคนพิการ
 สรุปผลการวินิจฉัย โดยพิจารณาจากความบกพร่องตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ปรากฏว่าผู้ได้รับการประเมิน
 ไม่มี ความพิการ / ไม่เข้าเกณฑ์ความพิการ
 () ส่งต่อเจ้าหน้าที่ผู้ชำนาญการบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมาย
 () ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ระบุ.....
 () ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ระบุ.....
 () ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ระบุ.....
 () ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ระบุ.....
 () ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ระบุ.....
 () อื่นๆ ระบุ.....
 ลงชื่อ..... แพทย์ผู้วินิจฉัย และตรวจประเมินความพิการ
 (.....) ดร. พย. อดิศักดิ์
 ตำแหน่ง.....
 (.....) 136659
 ตำแหน่ง.....
 (.....) ประทีปตรา
 ตำแหน่ง.....
 (.....) สถานพยาบาล




บัตรประจำตัวคนพิการ Thai National Identification Card
 For Persons with Disabilities
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number **3 6601 00074 64 1**

ชื่อตัวและชื่อสกุล **นายวินัย เข็มสัมฤทธิ์**
 Name Mr. Winai
 Last Name Khemsamrit
 เกิดวันที่ **4 กุมภาพันธ์ 2514**
 Date of Birth 4 Feb 1971
 ที่อยู่ **504 หมู่ที่ 2 ต.หนองม่วง อ.หนองม่วง จ.ลพบุรี**

หมายเลข **3 6707 00630 34 4**
 นายวินัย เข็มสัมฤทธิ์
 25 พ.ค. 2566 24 พ.ค. 2574
 วันออกบัตร วันบัตรหมดอายุ
 25 May 2023 (น.ส.สรยาพร - สุนทรราชกิจ) 24 May 2031
 Date of issue วันที่ออกบัตร Date of Expiry

ประเภทความพิการ **3**
 Type of Disability



กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
 Department of Empowerment of Persons with Disabilities
 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
 Ministry of Social Development and Human Security

| | | | |
|---|---|---|--|
| 1 | ทางการเห็น Visual disability | 5 | ทางสติปัญญา Intellectual disability |
| 2 | ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย Hearing or communication disability | 6 | ทางการเรียนรู้ Learning disability |
| 3 | ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย Physical or locomotion disability | 7 | ทางออทิสติก Autistic disability |
| 4 | ทางจิตใจหรือพฤติกรรม Mental or behavioral disability | | |

079857-65



ที่ ลบ ๗๕๒๐๔/๑๙/๐

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง
อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี ๑๕๑๓๐

๒๐ เมษายน ๒๕๖๖

เรื่อง การขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดลพบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๑ ชุด

ด้วย มีประชาชนในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วงมายื่นแบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ เนื่องจากขอมีบัตรครั้งแรก เพื่อให้องค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วงดำเนินการประสานงานไปยังพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดลพบุรี เพื่อให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๑ ราย ดังนี้

- นางทองคำ ปอทอง บ้านเลขที่ ๙๘ หมู่ที่ ๕ ต.หนองม่วง อ.หนองม่วง จ.ลพบุรี

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง จึงขอส่งแบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๑ ราย รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณท่านมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวธนพร แป้นจันทร์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง

กองสวัสดิการสังคม

โทร. ๐-๓๖๖๔-๘๐๔๒

๒๐ เม.ย. ๖๖

| | |
|----------------|-----------|
| รับวันที่..... | เวลา..... |
| ผู้รับ..... | |

“ ยึดมั่นธรรมภิบาล บริการเพื่อประชาชน ”

3/2/66 ✓
 ชื่อ.....
 ตำแหน่ง.....
 ๓๓๓๓ ๓๓๓๓



แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปถ่าย
คนพิการ

อบต.หนองม่วง

อ.หนองม่วง จ.สุพรรณบุรี

หน่วยงานรับคำขอ.....

วันที่ 20 เดือน 6 พ.ศ. 2566

ขอมีบัตรครั้งแรก

ขอมีบัตรเนื่องจาก

บัตรเดิมหมดอายุ

ชำรุด

สูญหาย

มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ

อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

๑.๑ คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่น ๆ (ระบุ).....

๑.๒ ชื่อ ทองคำ นามสกุล หนอง

๑.๓ เกิดเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. 2499

๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน 9-1603-00877-29-1

๑.๕ ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่น ๆ (ระบุ).....

๑.๖ สถานภาพสมรส โสด สมรสอยู่ด้วยกัน หม้าย

๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ 98 หมู่ที่ 5 ตรอก/ซอย..... ถนน.....

หมู่บ้าน หนองไทร ตำบล/แขวง หนองม่วง อำเภอ/เขต หนองม่วง

จังหวัด สุพรรณบุรี รหัสไปรษณีย์ 15170 โทรศัพท์ 089-0818503

มือถือ 090-6588465 โทรสาร..... e-mail.....

๑.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่ 98 หมู่ที่ 5 ตรอก/ซอย..... ถนน.....

หมู่บ้าน หนองไทร ตำบล/แขวง หนองม่วง อำเภอ/เขต หนองม่วง

จังหวัด สุพรรณบุรี รหัสไปรษณีย์ 15170 โทรศัพท์ 089-0818503

มือถือ 090-6588465 โทรสาร..... e-mail.....

๑.๙ การศึกษา

ไม่ได้เรียน

จบการศึกษาชั้นสูงสุด

ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย

ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

อนุปริญญา ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

ปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

อื่น ๆ (ระบุ).....

๑.๑๐ อาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....

ประกอบอาชีพ

เกษตรกรรม รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ลูกจ้างเอกชน

รับจ้างทั่วไป ธุรกิจส่วนตัว อาชีพอื่น ๆ (ระบุ).....

๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ.....บาท/เดือน

๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว).....บาท

๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี).....คน

๑.๑๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

- ทางการเห็น
- ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
- ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
- ทางจิตใจหรือพฤติกรรม
- ทางสติปัญญา
- ทางการเรียนรู้
- ทางออทิสติก

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ไม่มี มี (กรอกข้อมูลข้อ ๓.๒)

๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(๑) คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่นๆ(ระบุ)

(๒) ชื่อ อ.โพ นามสกุล สีราชมณี

(๓) เลขประจำตัวประชาชน 3 - 1 ๒ 0 3 - 0 0 8 ๗ ๗ - 2 ๘ - ๑

เลขหนังสือเดินทาง (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)

(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ บิดามารดา บุตร สามเณรหรือภรรยา พี่น้อง

ปู่ย่าตายาย ลูกพี่ลูกน้อง บุคคลอื่น (ระบุ)

(๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ ๑๘ หมู่ที่ ๕ ต.บึงสามพัน อ.เมือง จ.บุรีรัมย์

หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....

(๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล.....บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ยินยอม ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ นางทองดี ปอทอง

(นางทองดี ปอทอง)

คนพิการ

ลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือขวา

ชื่อ นางทองดี ปอทอง

พยาน วโรตยา

พยาน วโรตยา

เลขประจำตัวประชาชน

ลงชื่อ อ.โพ สีราชมณี

(อ.โพ สีราชมณี)

ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน เห็นควร ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ.....
(นางสาวรัตน์เกล้า สีนเสาะ)

ตำแหน่ง นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ความเห็นอื่น ๆ

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

หนังสือมอบอำนาจ

เรื่อง การเป็นผู้ดูแลคนพิการ

เขียนที่..... อปต.หนองม่วง
อ.หนองม่วง จ.ลพบุรี

วันที่ 20 เดือน เมษายน พ.ศ. 2566

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นางทองดี ปงทอง
อายุ 67 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย บุตร นาย/นาง.....
อยู่บ้านเลขที่ 98 หมู่ 5 แขวง/ตำบล หนองม่วง เขต/อำเภอ หนองม่วง
จังหวัด ลพบุรี เบอร์โทรศัพท์ 19170

ได้มอบอำนาจให้ ผ.ส. ตีโพ สิริกาญจน์
อายุ 44 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย บุตร นาย/นาง ทองดี ปงทอง
อยู่บ้านเลขที่ 98 หมู่ 5 แขวง/ตำบล หนองม่วง เขต/อำเภอ หนองม่วง
จังหวัด ลพบุรี เบอร์โทรศัพท์ 089-0818803

เป็นผู้มีอำนาจเป็นผู้ดูแลคนพิการชื่อ นางทองดี ปงทอง

แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้
เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลงไว้เป็น
สำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลายพิมพ์ชื่อพร้อมมือขวา
ของ นางทองดี ปงทอง
พยาน ตีโพ สิริกาญจน์
พยาน จรัสสุภา
ผู้มอบอำนาจ

X
ลงชื่อ.....
(นางทองดี ปงทอง)

ลงชื่อ ตีโพ สิริกาญจน์ ผู้รับมอบอำนาจ
(ตีโพ สิริกาญจน์)

ลงชื่อ..... พยาน
(นางสาวรัตนเกล้า สืบเสาะ)
นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ

ลงชื่อ..... พยาน
(นางสาวจรัสสุภา ปทุมณี)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 Identification Number 3 1603 00877 27 1

ชื่อและนามสกุล นาง ทองคำ ปอทอง
 Name Mrs. Thongkham
 Last name Pothong
 ปีเกิด 2499
 Date of Birth 1956

เลขประจำตัวประชาชน 3 1603 00877 27 1
 24 ต.ค. 2562
 20 ต.ค. 2019

ชื่อตัว THONGKHAM
 ชื่อจริง THONGKHAM
 ชื่อสกุล POTHSONG
 เลขบัตรประชาชน 3 1603 00877 27 1
 เลขบัตรประชาชน 3 1603 00877 27 1





สำเนาหลักฐาน

นางทองคำ ปอทอง

ลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือขวา
 ของ นางทองคำ ปอทอง
 พยาน
 พยาน
 พยาน
 ๑๖๕๗



BORA-10-5-07-2561

THAILAND

ME1-1300166-07

รายการเกี่ยวกับบ้าน

เลขรหัสประจำบ้าน 1611-003524-6 สำนักงาน อาเภอหนองม่วง

เลขที่ 1

รายการที่อยู่ 98 หมู่ที่ 5
ตำบลหนองม่วง อาเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี

ชื่อหมู่บ้าน _____ ชื่อบ้าน _____

ประเภทบ้าน บ้าน ลักษณะบ้าน _____

วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่ 27 สิงหาคม 2542

ลงชื่อ _____ นายทะเบียน
(นายพรชัย เพ็ญสุด)

วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 4 เมษายน 2548

๙ ศาลากลางจังหวัด,
บางทอนจี่ พังทง,

ลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือขวา
ของ นางสาวทองดี พังทง
พยาน { ต.ปากค้ำ }
พยาน วรุตม์

เลขที่ 1 รายการบุคคลในน้าของเลขรหัสประจำบ้าน 1611-003524-6 ลำดับที่ 1

ชื่อ นางสาวทองดี พังทง สัญชาติ ไทย เพศ หญิง

เลขประจำตัวประชาชน 3-1603-00877-27-1 สถานภาพ เจ้าบ้าน เกิดเมื่อ 2499

มารดาชื่อ กำนัด ชื่อ ภรรยา สัญชาติ ไทย

บิดาชื่อ กำนัด ชื่อ ส้าราย สัญชาติ ไทย

* มาจาก ฐานข้อมูลการทะเบียนราษฎร

เข้ามาอยู่ในบ้านนี้เมื่อ 27 ส.ค. 2542 (นายพรชัย เพ็ญสุด) นายทะเบียน

** ไปที่ _____ นายทะเบียน



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน 3 1603 00877 28 9
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. อัมไพ สารานุเพ็ชร

Name Miss Umpai

Last name Sumranpech

เกิดวันที่ 10 พ.ค. 2522

Date of Birth 10 May 1979

ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 98 หมู่ที่ 5 ต.หนองม่วง อ.หนองม่วง

จ.ลพบุรี

15 ก.ค. 2557

วันออกบัตร

15 Jul. 2014

Date of Issue

(นายทะเบียนจังหวัด)
เจ้าพนักงานออกบัตร

9 พ.ค. 2566

วันบัตรหมดอายุ

9 May 2023

Date of Expiry



1611-01-07151011

อัมไพ สารานุเพ็ชร

สารานุเพ็ชร

BORA-16-02



ประเทศไทย
THAILAND

JTO-0724507-83

รายการเกี่ยวกับบ้าน

เล่มที่ 1

เลขรหัสประจำบ้าน 1611-003524-6 สำนักงานทะเบียน อำเภอหนองม่วง

รายการที่อยู่ 98 หมู่ที่ 5 ตำบลหนองม่วง อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี

ชื่อหมู่บ้าน ชื่อบ้าน

ประเภทบ้าน บ้าน ลักษณะบ้าน

วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่ 27 สิงหาคม 2542

ลงชื่อ (นายพรชัย เพ็ญสุด) นายทะเบียน

วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 4 เมษายน 2548

อำเภอ ลพบุรี

สำนักงาน

เล่มที่ 1

รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน

1611-003524-6

ลำดับที่ 2

ชื่อ น.ส.อาไพ สารานเพ็ชร

สัญชาติ ไทย

เพศ หญิง

เลขประจำตัวประชาชน 3-1603-00877-28-9 สถานภาพ ว่าง เกิดเมื่อ 10 พ.ค. 2522

มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ กองคำ 3-1603-00877-27-1 สัญชาติ ไทย

บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ พิ้ง 3-1603-00877-26-2 สัญชาติ ไทย

* มาจาก ฐานข้อมูลการทะเบียนราษฎร

นายทะเบียน

เข้ามาอยู่ในบ้านนี้เมื่อ 27 ส.ค. 2542 (นายพรชัย เพ็ญสุด)

** ไปที่

นายทะเบียน

หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ อบต.หนองม่วง อ.หนองม่วง จ.ลพบุรี

เขียนที่.....
วันที่ 20 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2566

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ชื่อผู้รับรอง) นายสมนึก อังพานิช อายุ 48 ปี
เลขประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการ/บัตรประจำตัวพนักงาน เลขที่ 8160300874394
ตำแหน่ง ผู้ใหญ่บ้าน ออกให้โดย อ. นมอรรถ
วันหมดอายุ 14 ต.ค. 68 มีสถานภาพเป็น

กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกสภาท้องถิ่น

ประธานชุมชน พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ (ของหน่วยงานราชการ, รัฐวิสาหกิจ)

อาศัยอยู่บ้านเลขที่ 103 หมู่ 5 ซอย..... ถนน.....
แขวง/ตำบล นนทบุรี เขต/อำเภอ นนทบุรี จังหวัด นนทบุรี
โทรศัพท์ 061-7966223 ซึ่งอาศัย หรือปฏิบัติหน้าที่ อยู่ในพื้นที่เดียวกันกับคนพิการพักอาศัยอยู่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า (ชื่อผู้ดูแล) น.ส. อังไฉฉ่า สังกัด อบต. หนองม่วง
เป็นผู้ดูแลคนพิการชื่อ (ชื่อคนพิการ) นางทองดี 20 พฤษภาคม
9-1603-00877-97-1 จริง โดยผู้ดูแลคนพิการ มีความเกี่ยวพันเป็น
กับคนพิการ และเป็นผู้ดูแลคนพิการ ซึ่งปัจจุบันพักอาศัยอยู่บ้านหลังเดียวกันจริง ทั้งนี้เพื่อให้ใช้หนังสือรับรองฉบับนี้
เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา

ออกบัตรประจำตัวคนพิการ เปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ เพิ่มชื่อผู้ดูแลคนพิการ

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ + สมนึก อังพานิช ผู้รับรอง

(นายสมนึก อังพานิช)

ตำแหน่ง ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 5

ลงชื่อ นางสาวรัตนเกล้า สีนเสาะ พยาน

(นางสาวรัตนเกล้า สีนเสาะ)

นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ
ลงชื่อ วิเศษ พยาน

(นางสาววิเศษ ปทบลี)

หมายเหตุ :

- บัตรประจำตัวกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกสภาท้องถิ่น ประธานชุมชน
พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พร้อมรับรองสำเนาบัตรประจำตัวมาด้วย

- การรับรองเอกสารอันเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา

บัตรประจำตัวคนพิการ Thai National Identification Card
for Persons with Disabilities

เลขประจำตัวประชาชน Identification Number **3 1603 00877 27 1**

ชื่อตัวและชื่อสกุล **นางทองคำ ปอทอง**

Name Mrs. Thongkham
Last Name Pothong

เกิดวันที่ **2499**
Date of Birth 1956

พ้อย์ **98 หมู่ที่ 5 ต.หนองม่วง อ.หนองม่วง จ.ลพบุรี**

เลขที่ **3 1603 00877 28 9**

และชื่อ **สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ**

20 เมษายน 2566
วันที่ออกบัตร 20 Apr 2023 (น.ส.สุวิมลทิพย์ นาคีลาภรณ์)

ตลอดชีพ
ฉบับถาวรตลอดชีพ
lifelong

ประเภทความพิการ
3

Type of Disability

16 00 001811 66 20042566 1



กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
Department of Empowerment of Persons with Disabilities
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
Ministry of Social Development and Human Security

| | | | |
|---|---|---|--|
| 1 | ทางการเห็น Visual disability | 5 | ทางสติปัญญา Intellectual disability |
| 2 | ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย Hearing or communication disability | 6 | ทางการเรียนรู้ Learning disability |
| 3 | ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย Physical or locomotion disability | 7 | ทางออติสติก Autistic disability |
| 4 | ทางจิตใจหรือพฤติกรรม Mental or behavioral disability | | |

079745-65



ที่ สป ๗๕๒๐๔/๑๔๘

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง
อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี ๑๕๑๗๐

๓ เมษายน ๒๕๖๖

เรื่อง การขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดลพบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๑ ชุด

ด้วย มีประชาชนในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วงมายื่นแบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ เนื่องจากบัตรหมดอายุ เพื่อให้องค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วงดำเนินการประสานงานไปยังพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดลพบุรี เพื่อให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๑ ราย ดังนี้

๑. น.ส.ชูจิต บุญไพบ์ บ้านเลขที่ ๕๘๒ หมู่ที่ ๑ ต.หนองม่วง อ.หนองม่วง จ.ลพบุรี

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง จึงขอส่งแบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๑ ราย รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณท่านมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวธนพร แป้นจันทร์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองม่วง

กองสวัสดิการสังคม

โทร. / โทรสาร . ๐-๓๖๖๔-๘๐๔๒

| | | | |
|-----------|---------|------|----------|
| รับวันที่ | 11/4/66 | เวลา | 13.30 น. |
| ผู้รับ | ดวงใจใจ | | |

“ ยึดมั่นธรรมภิบาล บริการเพื่อประชาชน ”

ร่าง.....

พิมพ์.....

ทาน.....

ตรวจ.....



แบบคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปถ่าย
คนพิการ

อบต.หนองม่วง

หน่วยงานรับคำขอ..... อ.หนองม่วง จ.ลพบุรี
วันที่ 21 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566

- ขอมิบัตรครั้งแรก
- ขอมิบัตรเนื่องจาก
 - บัตรเดิมหมดอายุ
 - สูญหาย
 - อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์
 - ชำรุด
 - มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

- ๑.๑ คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่น ๆ (ระบุ)
- ๑.๒ ชื่อ ชรีศ นามสกุล ขวัญใจ
- ๑.๓ เกิดเมื่อวันที่ 15 เดือน เมษายน พ.ศ. 2509
- ๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน 3 - 1 6 0 3 - 0 0 2 3 0 - 8 7 - 1
- ๑.๕ ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่น ๆ (ระบุ)
- ๑.๖ สถานภาพสมรส โสด สมรสอยู่ด้วยกัน หม้าย
- ๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ 46/12 หมู่ที่ 1 ต.รอก/ชอย..... ถนน.....
หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง หนองม่วง อำเภอ/เขต หนองม่วง
จังหวัด ลพบุรี รหัสไปรษณีย์ 19100 โทรศัพท์.....
มือถือ 093-9414816 โทรสาร..... e-mail.....
- ๑.๘ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย..... ถนน.....
หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....

๑.๙ การศึกษา

- ไม่ได้เรียน
- จบการศึกษาชั้นสูงสุด
- ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย
- ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)
- อนุปริญญา ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
- ปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
- สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
- อื่น ๆ (ระบุ)

๑.๑๐ อาชีพ

- ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....
- ประกอบอาชีพ
- เกษตรกรรม รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ลูกจ้างเอกชน
- รับจ้างทั่วไป ธุรกิจส่วนตัว อาชีพอื่น ๆ (ระบุ).....

- ๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ..... บาท/เดือน
- ๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว)..... บาท
- ๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี) คน

๑.๑๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

- ทางการเห็น ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
- ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ทางสติปัญญา ทางการเรียนรู้ ทางออทิสติก

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ไม่มี มี (กรอกข้อมูลข้อ ๓.๒)

๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(๑) คำนำนานาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่นๆ(ระบุ)

(๒) ชื่อ หิโงทาจุน นามสกุล บงษ์ไพจิ

(๓) เลขประจำตัวประชาชน 3 - 1 6 0 3 - 0 0 2 3 0 - 8 5 - 4

เลขหนังสือเดินทาง

(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ บิดมารดา บุตร สามีหรือภรรยา พี่น้อง

ปู่ย่าตายาย ลุงป้าน้าอา บุคคลอื่น (ระบุ)

(๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ 582 หมู่ที่ 1 ตรอก/ซอย

หมู่บ้าน

ตำบล/แขวง หิโงจรวง อำเภอ/เขต หิโงจรวง

จังหวัด สทบุรี รหัสไปรษณีย์ 15170 โทรศัพท์

มือถือ

โทรสาร

e-mail

(๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล

บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ยินยอม ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ หิจิ ๓ หิหิไพจิ
(.....)

คนพิการ

ลงชื่อ

ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน

เลขประจำตัวประชาชน

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีครบถ้วน เห็นควร ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ

(นางสาวรัตน์ เกตุ สืบเสาะ)

ตำแหน่ง นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ความเห็นอื่น ๆ

ลงชื่อ

ตำแหน่ง

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

หนังสือมอบอำนาจ

เรื่อง การเป็นผู้ดูแลคนพิการ

อบต.หนองม่วง

เขียนที่..... อ.หนองม่วง จ.ลพบุรี

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นางสาวรัชจิต บงไพย์
อายุ 59 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย บุตร นาย/นาง.....
อยู่บ้านเลขที่ 46112 หมู่ 1 แขวง/ตำบล หนองม่วง เขต/อำเภอ หนองม่วง
จังหวัด ลพบุรี เบอร์โทรศัพท์.....

ได้มอบอำนาจให้ นางสีหะทภพ บงไพย์
อายุ 61 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย บุตร นาย/นาง.....
อยู่บ้านเลขที่ 592 หมู่ 1 แขวง/ตำบล หนองม่วง เขต/อำเภอ หนองม่วง
จังหวัด ลพบุรี เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจเป็นผู้ดูแลคนพิการชื่อ พ.ล.จิต บงไพย์
แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้
เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็น
สำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ รัชจิต บงไพย์ ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ สีหะทภพ บงไพย์ ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(นางสาวรัตนเกล้า สืบเสาะ)
นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ

ลงชื่อ วรัญญา พยาน
(นางสาววิจิตต์ บงไพย์)

บัตรประจำตัวคนพิการ ID Card for PWD
3-1603-00230-87-1

ชื่อ นางสาวชอุต
นามสกุล บุญไทย
วัน-เดือน-ปีเกิด 15 เมษายน 2509
ประเภทความพิการ 4

ถืออยู่ 46/12 หมู่ที่ 1 ต.หนองม่วง อ.หนองม่วง
จ.ลพบุรี

วันออกบัตร 25 เม.ย. 2558
วันบัตรหมดอายุ 24 เม.ย. 2566

(นางสาวชอุต)
อ.บุญไทย
จ.ลพบุรี

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.)
สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ (พท.)

1 = พิการทางการเห็น 2 = พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
3 = พิการทางการเคลื่อนไหว 4 = พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
หรือทางร่างกาย 5 = พิการทางสติปัญญา
6 = พิการทางการเรียนรู้ 7 = พิการทางออทิสติก

ผู้ดูแลคนพิการ นางนันทภพ บุญไทย 3-1603-00230-85-4

ชอุต

บุญไทย

ลำเนา จากต่าง

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 1603 00230 87 1

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. ชุจิตร บุญไพย์
 Name Miss Chujitt
 Last name Bunphai

เกิดวันที่ 15 เม.ย. 2509
 Date of Birth 15 Apr. 1966

ชาย 46/12 ซม. น.ส.หนองม่วง
 อ.หนองม่วง จ.ลพบุรี
 28 เม.ย. 2560
 28 Apr. 2017

150 160
 140 140
 130 130

14 เม.ย. 2569
 14 Apr. 2026

1811-03-04281122



BORA-9.2-02-2560



ประเทศไทย
 THAILAND

MED-1113407-82

ชุจิตร บุญไพย์

ลำปาง ถูกตัด

| | | | |
|------------------------------|---|-------------------------------|----------------------------|
| รายการเกี่ยวกับบ้าน | | เล่มที่ | 1 |
| เลขรหัสประจำบ้าน | 1603-027641-7 | สำนักทะเบียน | ท้องถื่นเทศบาลตำบลหนองม่วง |
| รายการที่อยู่ | 46/12 หมู่ที่ 1 ตำบลหนองม่วง อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี | | |
| ชื่อหมู่บ้าน | | ชื่อบ้าน | |
| ประเภทบ้าน | บ้าน | ลักษณะบ้าน | |
| วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่ | | | |
| | | ลงชื่อ | นายทะเบียน |
| | | (นางสพรณี บั้วรอด) | |
| | | วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน | 18 พฤษภาคม 2547 |

| | | | | | | |
|-----------------------|-------------------|--------------------------------------|--------------------|-----------|---------------|------|
| เล่มที่ | 1 | รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน | 1603-027641-7 | ลำดับที่ | 3 | |
| ชื่อ | น.ส. ชูจิต บุญไพบ | | สัญชาติ | ไทย | เพศ | หญิง |
| เลขประจำตัวประชาชน | 3-1603-00230-87-1 | สถานภาพ | ผู้อาศัย | เกิดเมื่อ | 15 เม.ย. 2509 | |
| มารดาผู้ให้กำเนิด | ชื่อ สมหมาย | | 3-1603-00230-84-6 | สัญชาติ | ไทย | |
| บิดาผู้ให้กำเนิด | ชื่อ ศิริ | | | สัญชาติ | ไทย | |
| * มาจาก | | ฐานข้อมูลการทะเบียนราษฎร | | | นายทะเบียน | |
| เข้ามาอยู่ในบ้านเมื่อ | | 22 เม.ย. 2531 | (นางสพรณี บั้วรอด) | | | |
| ** ไปที่ | | | | | นายทะเบียน | |

ชูจิต บุญไพบ

ลำเนา ชูกต๊าว



บัตรประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน 3 1603 00230 85 4
Identification Number

ชื่อและชื่อสกุล นาย นันทเทพ บุญไพบ่



Name Mr. Nantatop

Last name Boonpai

เกิดวันที่ 12 ก.พ. 2505

Date of Birth 12 Feb. 1962

ศาสนา พุทธ



ที่อยู่ 582 หมู่ที่ 1 ต.หนองม่วง

อ.หนองม่วง จ.ลพบุรี

7 ก.พ. 2565

วันออกบัตร

7 Feb. 2022

Date of Issue



(นายอรรถพร จงจิระ)
เจ้าพนักงานออกบัตร

11 ก.พ. 2573

วันหมดอายุ

11 Feb. 2030

Date of Expiry

1611-06-92071104

BORA-10.8-07-2563



ประเทศไทย
THAILAND

ME3-1523842-21

นันทเทพ บุญไพบ่

สำเนา ลากด้วย


รายการเกี่ยวกับบ้าน

เล่มที่ 1

เลขรหัสประจำบ้าน 1611-008742-4 สำนักทะเบียนอำเภอหนองม่วง

รายการที่อยู่ 582 หมู่ที่ 1 ตำบลหนองม่วง อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี

ชื่อหมู่บ้าน หนองม่วง ชื่อบ้าน นายนั้นทพ บุญไผ่
ประเภทบ้าน บ้าน ลักษณะบ้าน บ้านไม้เดี่ยว 1 ชั้น 1 ห้อง
วันเดือนปีที่กำหนดบ้านเลขที่ 31 มกราคม พ.ศ.2565

ลงชื่อ  นายทะเบียน
(นางทิพวัลย์ ตันตระกูล)
วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 31 มกราคม พ.ศ.2565

1

นั้นทพ บุญไผ่
สำเนาถูกต้อง

2

เล่มที่ 1 รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน 1611-008742-4 ลำดับที่ 1
ชื่อ นายนั้นทพ บุญไผ่ สัญชาติ ไทย เพศ ชาย

เลขประจำตัวประชาชน 3-1603-00230-S5-4 สถานภาพ เจ้าบ้าน เกิดเมื่อ 12 ก.พ. 2505

มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ สีมหมาย 3-1603-00230-84-6 สัญชาติ ไทย

บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ ศรี 3-1015-02190-80-3 สัญชาติ ไทย

* มาจาก 46/12 หมู่ที่ 1 ต.หนองม่วง

อ.หนองม่วง จ.ลพบุรี

เมื่อ 31 ม.ค. 2565


(นางทิพวัลย์ ตันตระกูล)

นายทะเบียน

** ไปที่

นายทะเบียน

หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ

เขียนที่ กักทำกรผู้ใหญ่บ้าน ม.1 ต.หนองม่วง

วันที่ 24 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ชื่อผู้รับรอง) ภค อมรเทพ ฤกษ์ อายุ 48 ปี

เลขประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการ/บัตรประจำตัวพนักงาน เลขที่ 3160300275335

ตำแหน่ง ผู้ใหญ่บ้าน ออกให้โดย ตำบลหนองม่วง

วันหมดอายุ 13 ธ.ค. 2568 มีสถานภาพเป็น

กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกสภาท้องถิ่น

ประธานชุมชน พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ (ของหน่วยงานราชการ, รัฐวิสาหกิจ)

อาศัยอยู่บ้านเลขที่ 30/1 หมู่ 1 ซอย - ถนน -

แขวง/ตำบล หนองม่วง เขต/อำเภอ หนองม่วง จังหวัด ลพบุรี

โทรศัพท์ 084-3371953 ซึ่งอาศัย หรือปฏิบัติหน้าที่ อยู่ในพื้นที่เดียวกันกับคนพิการพักอาศัยอยู่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า (ชื่อผู้ดูแล) ภค ธีรเทพ ฤกษ์

เป็นผู้ดูแลคนพิการชื่อ (ชื่อคนพิการ) น.ส. ชจิตา ฤกษ์ เลขประจำตัวประชาชน

3-16-03-00230-87-1 จริง โดยผู้ดูแลคนพิการ มีความเกี่ยวพันเป็น พี่ชาย

กับคนพิการ และเป็นผู้ดูแลคนพิการ ซึ่งปัจจุบันพักอาศัยอยู่บ้านหลังเดียวกันจริง ทั้งนี้เพื่อให้ใช้หนังสือรับรองฉบับนี้ เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา

ออกบัตรประจำตัวคนพิการ เปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ เพิ่มชื่อผู้ดูแลคนพิการ

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ภค อมรเทพ ฤกษ์ ผู้รับรอง

(ภค อมรเทพ ฤกษ์)

ตำแหน่ง ผู้ใหญ่บ้าน ม.1 ต.หนองม่วง

ลงชื่อ [ลายมือ] พยาน

(นางสาวรัตนเกล้า สืบเสาะ)

นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ

ลงชื่อ วิวิษา พยาน

(อรวิภา วิวิษา พันธ์)

หมายเหตุ :

- บัตรประจำตัวกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกสภาท้องถิ่น ประธานชุมชน พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พร้อมรับรองสำเนาบัตรประจำตัวมาด้วย

- การรับรองเอกสารอันเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา



เลขประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัตร

๓ - ๑๖๐๓ - ๖๐๒๗๕ - ๓๓ - ๕

ชื่อ นายอมรเทพ อภิเดช

ตำแหน่ง ผู้ใหญ่บ้าน

หมู่ที่ ๑ ตำบลหนองม่วง

อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี

อมรเทพ อภิเดช

คุณยมีชื่อ

คุณเสหิต เอบี

(นายชัย วุฒิธรรณ)

ตำแหน่ง นายอำเภอหนองม่วง

นายอำเภอหนองม่วง

เจ้าพนักงาน

อมรเทพ อภิเดช

บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ



ผู้ใหญ่บ้าน

เลขที่ ๔๗/ ๒๕๖๔

อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี

วันออกบัตร ๑๕ ธ.ค. ๒๕๖๔ บัตรหมดอายุ ๑๕ ธ.ค. ๒๕๖๕



บัตรประจำตัวคนพิการ Thai National Identification Card
For Persons with Disabilities

เลขประจำตัวประชาชน Identification Number **3 1603 00230 87 1**

ชื่อตัวและชื่อสกุล **น.ส.ชจิด บุญไพบ่**

Name Miss Chujit

Last Name Bunphal

เกิดวันที่ **15 เมษายน 2509**

Date of Birth 15 Apr 1966

ที่อยู่ **582 หมู่ที่ 1 ต.หนองม่วง อ.หนองม่วง จ.ลพบุรี**

ผู้ดูแล **3 1603 00230 85 4**

นายสมานพ บุญไพบ่

5 เม.ย. 2566

วันออกบัตร

5 Apr 2023

Date of issue



เจ้าหน้าที่ออกบัตร

4 เม.ย. 2574

วันบัตรหมดอายุ

4 Apr 2031

Date of Expiry



ประเภทความพิการ

4

Type of Disability

16 00 001701 66 23042358 7

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

Department of Empowerment of Persons with Disabilities

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

Ministry of Social Development and Human Security

- | | | | |
|---|---|---|--|
| 1 | ทางการเห็น Visual disability | 5 | ทางสติปัญญา Intellectual disability |
| 2 | ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย Hearing or communication disability | 6 | ทางการเรียนรู้ Learning disability |
| 3 | ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย Physical or locomotion disability | 7 | ทางออทิซึม Autistic disability |
| 4 | ทางจิตใจหรือพฤติกรรม Mental or behavioral disability | | |

079454-65