

แบบคำขอมีผู้ช่วยคนพิการ

ประจำจังหวัด

รูปถ่าย
1 นิ้ว / 2 นิ้ว
จำนวน 1 รูป

ส่วนที่1 ข้อมูลคนพิการและครอบครัว

- ชื่อ สกุลคนพิการที่ขอรับบริการ.....
วัน/เดือน/ปี เกิด..... อายุ.....ปี เลขที่บัตรประจำประชาชน 0-0000-000000-0000
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมลล์ (ถ้ามี).....
- ชื่อ-สกุลผู้ดูแลคนพิการ..... อายุ..... ปี เกี่ยวข้องโดยเป็น.....
- ผู้ที่สามารถติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน ชื่อ สกุล..... เกี่ยวข้องโดยเป็น.....
ที่อยู่ เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน/อาคาร/หน่วยงาน..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล (ถ้ามี).....
- สถานภาพปัจจุบัน
 - การสมรส ☐ โสด ☐ แต่งงาน ☐ หย่า ☐ แยกกันอยู่ โดย ☐ ไม่มีบุตร ☐ มีบุตร..... คน ☐ อื่นๆ ระบุ.....
 - การศึกษา ☐ กำลังศึกษา ☐ จบการศึกษา
ระดับการศึกษา ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ปริญญาตรี ☐ อื่นๆ ระบุ.....
 - การประกอบอาชีพ ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ กิจการส่วนตัว ☐ รับจ้าง ☐ อื่นๆ ระบุ.....
 - ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ บ้านพ่อแม่ ☐ บ้านญาติ ☐ บ้านตนเอง ☐ บ้านเช่า ☐ อื่นๆ ระบุ.....
อยู่ในบ้านหลังนี้ทั้งหมด.....คน ทำงาน/มีรายได้มี.....คน รายได้เฉลี่ยทั้งครอบครัว.....บาท/เดือน
 - การดูแลคนพิการ ☐ ไม่มีผู้ดูแล ☐ มีบางเวลา โปรดระบุช่วงเวลาที่มีคนดูแล..... ☐ มีผู้ดูแลและอาศัยอยู่กับผู้ดูแล
กรณีมีผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ โดยเป็น..... ช่วยดูแลในเรื่องใดโปรดระบุรายละเอียด(ใครดูแล ช่วงเวลาใด ดูแลเรื่องอะไร)
.....
.....
- สภาพความพิการ
 - ประเภทความพิการ โปรดระบุประเภท และปัจจุบันมีสภาพความพิการเป็นอย่างไร ใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยอะไรบ้าง
☐ 1. ทางการเห็น ☐ ตาบอดทั้ง 2 ข้าง ☐ ไม่ได้ใช้ไม้เท้าขาว/อุปกรณ์เครื่องช่วยใดๆ ☐ ใช้ไม้เท้าขาว
☐ ใช้อุปกรณ์อื่นๆ โปรดระบุ.....
☐ 2. ทางการได้ยิน ☐ หูหนวกทั้ง 2 ข้าง ☐ ลักษณะอื่นๆ โปรดระบุ.....
☐ มีการใช้บริการล่าม/อุปกรณ์เครื่องที่จำเป็น โปรดระบุรายละเอียด.....
☐ 3. ทางเคลื่อนไหว ☐ อัมพาต อัมพฤกษ์ ☐ สมอพิการ(ซีพี.) ☐ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ☐ แขน/ขาขาด ระบุ.....
☐ ลักษณะอื่นๆ โปรดระบุ.....
☐ ใช้อุปกรณ์/เครื่องช่วยอื่นๆ โปรดระบุ.....
☐ 4. ทางจิต/พฤติกรรม ☐ เป็นผู้ป่วยทางจิต ☐ พฤติกรรม โปรดระบุ.....
☐ ลักษณะอื่นๆ โปรดระบุ.....
☐ บริการ/สื่อ/เครื่องช่วยที่ใช้อยู่ โปรดระบุ.....

- ☐ 5. ทางสติปัญญา ระดับความสามารถ ☐ ระดับ..... ☐ ฝึกอาชีพได้ด้วยตนเอง
☐ ฝึกให้ช่วยตนเองไม่ได้ ต้องมีผู้ดูแล ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....
- ☐ 6. ทางการเรียนรู้ ปัญหาทางการเรียนรู้ ได้แก่ ☐ การอ่าน ☐ เขียน ☐ การคำนวณ/คณิตศาสตร์ ☐ การฟัง/การจับความ
☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....
รายละเอียด / ลักษณะความพิการอื่นๆ ที่พบ.....
- ☐ 7. ทางออกัสติก ความบกพร่องทางพัฒนาการด้านสังคม ได้แก่ ☐ ภาษาและการสื่อความหมาย ☐ พฤติกรรมและอารมณ์
☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....
รายละเอียด / ลักษณะความพิการอื่นๆ ที่พบ.....

6. แผนที่ / จุดสังเกตหลัก

รายละเอียดจุดสังเกตหลัก โปรดระบุรายละเอียด ได้แก่

.....

.....

แผนที่โดยสังเขป

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติงานวัตรประจำวันของคนพิการ

ชื่อ.....นามสกุล.....

ที่	กิจกรรม	ระดับความสามารถ/ตัวบ่งชี้คุณลักษณะ (Qualifier) (ก)					ค่าน้ำหนัก (ข)	คะแนน (ก)	ผลรวม (กxข)
1	การทำความสะอาดร่างกาย	ทำเองไม่ได้ ญาติช่วยหมด	ส่วนใหญ่ญาติ ทำให้เกือบ ทั้งหมด	ทำเองได้บ้าง ญาติต้องคอย สั่งให้ทำ	ทำเองบ้าง ญาติช่วยบ้าง	ทำเองได้ ไม่ต้อง มีใครช่วย	4		
		4	3	2	1	0			
2	การแต่งกาย	ทำไม่ได้เลย ญาติทำให้ ทั้งหมด	ส่วนใหญ่ญาติ ทำให้เกือบ ทั้งหมด	แต่งกายพอได้ ญาติช่วยสวม ให้เพราะอาจ ช้า ทำไม่ถูก หรือญาติต้อง คอยสั่งให้ทำ	แต่งกายเองได้ ญาติช่วยเพียง เล็กน้อย	แต่งกายเองได้ ไม่ต้องมีใครช่วย	4		
		4	3	2	1	0			
3	การดื่มน้ำ/ รินน้ำ ด้วยตนเอง	ทำไม่ได้เลย ญาติป้อน /ริน น้ำให้	ยกแก้วน้ำขึ้น ดื่ม/รินเอง เกือบไม่ได้ ญาติต้อง เตรียมหลอด ดูดให้ /รินให้	ยกแก้วน้ำขึ้น ดื่ม/รินเองพอ ได้ แต่อาจหก เลอะเทอะบ้าง ญาติคอยช่วย ระวังอยู่ข้าง ๆ	ญาติช่วยเลื่อน แก้วน้ำมาใกล้ ๆ แล้วคน พิการใช้สอง มือประคองยก แก้วน้ำขึ้นดื่ม/ รินเองได้	ยกแก้วน้ำขึ้น ดื่ม/รินเองได้	4		
		4	3	2	1	0			
4	การขับถ่ายปัสสาวะ	ทำเองไม่ได้ ให้ ญาติช่วยหมด หรือใส่สายสวน ปัสสาวะ	ขับถ่าย ปัสสาวะเองได้ แต่ควบคุม ไม่ได้ ส่วนใหญ่ ญาติต้องทำ ความสะอาด ให้เกือบ ทั้งหมด	จัดการ ปัสสาวะและ ทำความสะอาด สะอาดเองได้ แต่อาจจะ เลอะเทอะ ญาติ ต้องคอยช่วย อยู่ข้าง ๆ	จัดการ ปัสสาวะและ ทำความสะอาด สะอาดเองได้ แต่ญาติต้อง ช่วยบ้าง เล็กน้อย	จัดการปัสสาวะ และทำความสะอาด สะอาดเองได้	4		
		4	3	2	1	0			
5	การขับถ่ายอุจจาระ	ทำเองไม่ได้ ให้ ญาติช่วยหมด หรือต้องสวน อุจจาระให้	ขับถ่าย อุจจาระเองได้ แต่ควบคุม ไม่ได้ ส่วนใหญ่ ญาติต้องทำ ความสะอาด ให้เกือบ ทั้งหมด	จัดการ อุจจาระและ ทำความสะอาด สะอาดเองได้ แต่อาจจะ เลอะเทอะ ญาติต้องคอย ช่วยอยู่ข้าง ๆ	จัดการ อุจจาระและ ทำความสะอาด สะอาดเองได้ แต่ญาติต้อง ช่วยบ้าง เล็กน้อย	จัดการอุจจาระ และทำความสะอาด สะอาดเองได้	4		
		4	3	2	1	0			

ที่	กิจกรรม	ระดับความสามารถ/ตัวบ่งชี้คุณลักษณะ (Qualifier) (n)					ค่าน้ำหนัก (ข)	คะแนน (ก)	ผลรวม (กxข)
6	(ผู้หญิงกรุณาตอบ ข้อ6.1) (ผู้ชายกรุณาตอบ ข้อ 6.2) 6.1 การดูแลตนเองเกี่ยวกับเรื่องประจำเดือน 6.2 การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น การโกนหนวด หรือการทำความสะอาดจุดซ่อนเร้น	ทำเองไม่ได้ ญาติช่วยดูแลให้ทั้งหมด	ญาติต้องช่วยดูแลให้เกือบทั้งหมด	ญาติช่วยกำกับในการใส่ถอด	ดูแลได้ด้วยตัวเอง ไม่เลอะเทอะ ญาติช่วยบ้างเล็กน้อย	ดูแลจัดการได้ด้วยตัวเอง หรือผู้ถูกประเมินเป็นผู้ชาย หรือผู้หญิงที่หมดระดูแล้ว	4		
		4	3	2	1	0			
7	การพลิกตัว จากท่านอนหงาย ↔ นอนตะแคง	ทำเองไม่ได้ ต้องให้ญาติช่วยหมด	พอทำได้ เล็กน้อย แต่ ญาติต้องช่วยดูแลจัดทำทางให้ เกือบทั้งหมด	พอทำได้ แต่ ญาติต้องช่วยดูแลจัดทำทางให้ หรือคอยช่วยอยู่ข้างๆ	พลิกตะแคงตัวเองได้ โดย ญาติช่วยบ้างเล็กน้อย	พลิกตะแคงตัวเองได้ ไม่ต้องมีคนช่วย	4		
		4	3	2	1	0			
8	การลุกขึ้นมานั่ง จากท่านอนลุก ขึ้นมานั่งบนพื้น/เตียง	ทำเองไม่ได้ ต้องให้ญาติช่วยหมด	ญาติต้องช่วยดึงแขนให้ลุก ขึ้นมานั่ง และ คอยช่วยอยู่ข้างๆ	ญาติต้องช่วยดึงแขนให้ลุก ขึ้นมานั่ง จากนั้นคนพิการนั่งเองได้	ลุกขึ้นมานั่งเองได้ โดย ญาติช่วยบ้างเล็กน้อย	ลุกขึ้นมานั่งเองได้ ไม่ต้องมี คนช่วย	4		
		4	3	2	1	0			
9	การลุกขึ้นมายืน จากท่านั่งบนเก้าอี้/เตียงหรือจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง	ทำไม่ได้เลย ต้องให้ญาติช่วยจับให้ลุกขึ้น	ลุกขึ้นยืนได้แต่ต้องมีที่ให้จับ และให้ญาติช่วยเป็นอย่างมาก	ลุกขึ้นยืนได้แต่ต้องมีที่ให้จับ และให้ญาติช่วยเล็กน้อย	ลุกขึ้นยืนได้เองแต่ต้องมีที่ให้จับเพื่อจะได้พยุงตัวให้ลุกขึ้นเองได้	ลุกขึ้นยืนได้เอง ไม่ต้องมี คนช่วย	4		
		4	3	2	1	0			
10	การเคลื่อนที่บนพื้นราบ	ทำไม่ได้เลย	เคลื่อนที่ได้บ้างเล็กน้อย แต่ต้องให้ญาติช่วยอย่างมาก	เคลื่อนที่บนพื้นราบได้ แต่ต้องมีคนช่วย บ้างเล็กน้อย	เคลื่อนที่บนพื้นราบได้ แต่ต้องมีคนคอยดูห่างๆ	เคลื่อนที่บนพื้นราบได้ ไม่ต้องมีคนช่วย	4		
		4	3	2	1	0			
11	การเคลื่อนที่ บนพื้นที่ต่างระดับ	ทำไม่ได้เลย	เคลื่อนที่ได้บ้างเล็กน้อย แต่ต้องให้ญาติช่วยอย่างมาก	เคลื่อนที่ ที่ต่างระดับได้ แต่ต้องมีคนช่วยบ้างเล็กน้อย	เคลื่อนที่ ที่ต่างระดับได้ แต่ต้องมีคนคอยดูห่างๆ	เคลื่อนที่ ที่ต่างระดับได้ ไม่ต้องมี คนช่วย	4		
		4	3	2	1	0			

ที่	กิจกรรม	ระดับความสามารถ/ตัวบ่งชี้คุณลักษณะ (Qualifier) (ก)					ค่าน้ำหนัก (ข)	คะแนน (ก)	ผลรวม (กxข)
		ทำได้เลย เนื่องจากมีความ พิการมาก	ทำได้บ้าง แต่ ไม่ชัดเจน ต้อง อาศัยญาติช่วย อย่างมาก	สื่อสาร/บอก ความต้องการ ได้ แต่ต้องให้ ญาติช่วย เท่านั้น	สื่อสาร/บอก ความต้งการ ได้ แต่ต้องให้ ญาติช่วยเป็น บางครั้ง	สามารถสื่อสาร/ บอกพราม ต้องการได้ปกติ ไม่ต้องมี คนช่วย			
12	การพูด/การสื่อสาร บอกความต้องการ						4		
13	การฟัง/ความเข้าใจ ในการสื่อสารกับ ผู้อื่น	ทำได้เลย เนื่องจากมีความ พิการมาก	ฟังได้บ้าง แต่ ต้องอาศัยญาติ ช่วยในการทำ ความเข้าใจ	สามารถฟัง และเข้าใจได้ แต่ต้องให้ญาติ ช่วยเท่านั้น	สามารถฟัง และเข้าใจได้ แต่ต้องให้ญาติ ช่วยเป็น บางครั้ง	สามารถฟังและ เข้าใจได้เป็นปกติ ไม่ต้องมีคนช่วย	4		
		4	3	2	1	0			
14	การกินยา/ เตรียมยา	ทำเองไม่ได้เลย	ทำได้เล็กน้อย แต่ต้องให้ญาติ ช่วยอย่างมาก	ทำได้ แต่ต้อง ให้ญาติช่วย บางขั้นตอน	ทำได้แต่ต้อง ให้ญาติช่วย กำกับดูแลอยู่ ใกล้ ๆ	ทำเองได้ ไม่ต้อง มีคนช่วย	4		
		4	3	2	1	0			
15	การเตรียมอาหาร	ทำเองไม่ได้เลย	ทำได้เล็กน้อย แต่ต้องให้ญาติ ช่วยอย่างมาก	ทำได้ แต่ต้อง ให้ญาติช่วย บางขั้นตอน	ทำได้แต่ต้อง ให้ญาติช่วย กำกับดูแลอยู่ ใกล้ ๆ	ทำเองได้ ไม่ต้อง มีคนช่วย	4		
		4	3	2	1	0			
16	การรับประทานอาหาร	ทำเองไม่ได้เลย	ทำได้เล็กน้อย แต่ต้องให้ญาติ ช่วยอย่างมาก	ทำได้ แต่ต้อง ให้ญาติช่วย บางขั้นตอน	ทำได้แต่ต้อง ให้ญาติช่วย กำกับดูแลอยู่ ใกล้ ๆ	ทำเองได้ ไม่ต้อง มีคนช่วย	4		
		4	3	2	1	0			
17	การล้างทำความสะอาด ภาชนะใส่ อาหาร	ทำเองไม่ได้เลย	ทำได้เล็กน้อย แต่ต้องให้ญาติ ช่วยอย่างมาก	ทำได้ แต่ต้อง ให้ญาติช่วย บางขั้นตอน	ทำได้ แต่ต้อง ให้ญาติช่วย กำกับดูแลอยู่ ใกล้ ๆ	ทำเองได้ ไม่ต้อง มีคนช่วย	4		
		4	3	2	1	0			
18	การซักผ้า/รีดผ้า	ทำเองไม่ได้เลย	ทำได้เล็กน้อย แต่ต้องให้ญาติ ช่วยอย่างมาก	ทำได้ แต่ต้อง ให้ญาติช่วย บางขั้นตอน	ทำได้ แต่ต้อง ให้ญาติช่วย กำกับดูแลอยู่ ใกล้ ๆ	ทำเองได้ ไม่ต้อง มีคนช่วย	4		
		4	3	2	1	0			
19	การทำความสะอาด ที่พักอาศัย	ทำเองไม่ได้เลย	ทำได้เล็กน้อย แต่ต้องให้ญาติ ช่วยอย่างมาก	ทำได้ แต่ต้อง ให้ญาติช่วย บางขั้นตอน	ทำได้ แต่ต้อง ให้ญาติช่วย กำกับดูแลอยู่ ใกล้ ๆ	ทำเองได้ ไม่ต้อง มีคนช่วย	4		
		4	3	2	1	0			

ที่	กิจกรรม	ระดับความสามารถ/ตัวบ่งชี้คุณลักษณะ (Qualifier) (ก)					ค่าน้ำหนัก (ข)	คะแนน (ก)	ผลรวม (กxข)
		ไม่สามารถทำได้ เนื่องจากมี ข้อจำกัดจาก ความพิการ	สามารถทำได้ แต่ต้องชดเชย หรือทำความเข้าใจกับญาติ เป็นอย่างมาก	สามารถ ช่วยเหลือ กิจกรรมนอก บ้านได้ แต่ ต้องให้ญาติ ว่างไปด้วย เท่านั้น	สามารถ ช่วยเหลือ กิจกรรมนอก บ้านได้ แต่ ต้องมีคนไป ด้วย	สามารถออกไป เพียงระยะเวลา สั้นๆ ได้ โดย ไม่มีข้อจำกัด			
20	การออกไปทำ กิจกรรมนอกบ้าน ตามการตัดสินใจ ของตนเอง	4	3	2	1	0	4		
21	การอยู่ตามลำพัง โดยไม่เกิดอันตราย	4	3	2	1	0	5		
22	การทำร้ายตัวเอง หรือผู้อื่น	4	3	2	1	0	5		
23	การมีอาการเกร็ง/ ลมชัก	4	3	2	1	0	5		
24	การไม่อยู่นิ่ง	4	3	2	1	0	5		
รวมคะแนน (กxข)							100		
							คิดเป็นร้อยละ		%

หมายเหตุ ***การอยู่ตามลำพัง โดยไม่เกิดอันตราย หมายถึง

1. การไว้ใจคนแปลกหน้า (การตัดสินใจไว้ใจผู้อื่นที่ไม่ใช่คนในครอบครัว)
2. การหยิบของใส่ปาก
3. การปฏิบัติตัวเมื่อเห็นเปลวไฟลูกไฟไหม้หรือเห็นวัตถุที่ทำให้เกิดเปลวไฟ
4. การปฏิบัติตัวเมื่อเห็นแหล่งน้ำ
5. การปีนป่าย /การไม่อยู่นิ่ง
6. การเล่นของมีคม
7. การขว้างปาข้าวของ

*** เกณฑ์คะแนน

คะแนน = 0	ช่วยเหลือตัวเองได้ปกติ หรือไม่ต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมนั้น ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ผู้ช่วยคนพิการ
คะแนน = 1	ช่วยเหลือตัวเองได้มาก มีความจำเป็นต้องใช้ผู้ช่วยคนพิการน้อย ต้องการคนเฝ้าระวัง/กำกับดูแลมากกว่า
คะแนน = 2	ช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง มีความจำเป็นต้องใช้ผู้ช่วยคนพิการน้อยหรือในบางกิจกรรม/บางเวลา
คะแนน = 3	ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีความจำเป็นต้องใช้ผู้ช่วยคนพิการช่วยในการทำกิจกรรมมาก ถึงปานกลาง
คะแนน = 4	ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมนั้น มีความจำเป็นต้องใช้ผู้ช่วยคนพิการเป็นอย่างมาก
วิธีการคำนวณ $\frac{\text{ผลรวมคะแนนการประเมิน (กxข) X100}}{400}$ (คะแนนรวมของคะแนนทั้งหมด)	

เกณฑ์ช่วงคะแนนการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
ของคนพิการ ที่จำเป็นต้องมีผู้ช่วยคนพิการ

ผลรวมคะแนน	ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน
0 - 25	ช่วยเหลือตนเองได้มาก มีความจำเป็นต้องใช้ผู้ช่วยคนพิการน้อย
26 - 50	ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง มีความจำเป็นต้องใช้ผู้ช่วยคนพิการน้อย หรือในบางกิจกรรม/บางเวลา
51 - 75	ช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีความจำเป็นต้องใช้ผู้ช่วยคนพิการช่วยในการทำกิจกรรมมากถึงปานกลาง
76 - 100	ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย ต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมนั้น มีความจำเป็นต้องใช้ผู้ช่วยคนพิการอย่างมาก

ส่วนที่ 3 ความต้องการใช้บริการผู้ช่วยคนพิการ

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องความต้องการใช้ผู้ช่วยคนพิการในกิจกรรมที่ท่านต้องการ หากท่านต้องการให้ผู้ช่วยคนพิการช่วยในกิจกรรมใด กรุณาระบุระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมนั้น ๆ เป็นนาทีต่อครั้ง และจำนวนครั้งที่ต้องการให้ช่วยต่อเดือน

ลำดับ	กิจกรรมที่สำคัญในการดำรงชีวิต/กิจกรรม	ความต้องการใช้ PA		หมายเหตุ	
		ไม่ต้องการ	ต้องการ	เวลา/ครั้ง	กี่ครั้ง/เดือน
1.	อาบน้ำ - เช็ดตัว				
2.	แปรงฟัน - บ้วนปาก				
3.	ล้างหน้า - เช็ดหน้า				
4.	ล้างมือ - เช็ดมือ				
5.	สระผม - เช็ดผม				
6.	หวีผม - ทำผม				
7.	โกนหนวด				
8.	ดูแลการขับถ่ายปัสสาวะ				
9.	ดูแลการขับถ่ายอุจจาระ				
10.	ทำความสะอาดหลังขับถ่าย				
11.	สวมใส่ - ถอดเปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูป				
12.	ใส่เสื้อ				
13.	ใส่กางเกง/กระโปรง				
14.	ใส่ถุงเท้า				
15.	ใส่รองเท้า				
16.	ถอดเสื้อ				
17.	ถอดกางเกง/กระโปรง				
18.	ถอดถุงเท้า				
19.	ถอดรองเท้า				
20.	การถอดใส่กายอุปกรณ์ - เครื่องช่วยความพิการ				
21.	การจัดท่าทางในการนอน				
22.	การพลิกตะแคงตัว				
23.	การลุกขึ้นนั่ง				
24.	การลุกขึ้นยืน				
25.	การขึ้น-ลงบันได				
26.	การหยิบจับสิ่งของใช้ส่วนตัว				
27.	การทำความสะอาดที่พังกาตัย				
28.	การซักผ้า				
29.	การรีดผ้า				
30.	การจัดเตรียมอาหาร - น้ำดื่ม				
31.	การอุ่น - จัดเก็บอาหาร				
32.	การล้างทำความสะอาดภาชนะใส่อาหาร				

ลำดับ	กิจกรรมที่สำคัญในการดำรงชีวิต/กิจกรรม	ความต้องการ ใช้ PA	หมายเหตุ	ลำดับ	กิจกรรมที่ สำคัญในการ ดำรงชีวิต/ กิจกรรม
1.	ดื่มน้ำ / รินน้ำ				
2.	รับประทานอาหาร				
3.	รับประทานยา				
4.	ช่วยสื่อสาร/บอกความต้องการ				
5.	ช่วยอยู่เป็นเพื่อนในบางเวลา				
6.	ช่วยพากลับบ้านในเวลาที่ญาติไม่อยู่				
7.	ช่วยพาออกไปทำกิจกรรมภายนอกบ้าน				
8.	ช่วยพาไปพบแพทย์ตามนัด				
9.	ช่วยพาไปเรียนหนังสือ/ไปสอบ				
10.	ช่วยพาไปติดต่อนัดหมายกับหน่วยงานต่าง ๆ				
11.	ช่วยพาไปร่วมกิจกรรมในชุมชน/ท้องถิ่น				
12.	ฯลฯ....				

ลงชื่อคนพิการ/ ผู้ดูแลคนพิการ

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

รายงานการสอบสภาพครอบครัวและข้อเท็จจริง ตามคำขอมีผู้ช่วยคนพิการ

สภาพครอบครัวและข้อเท็จจริง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

หมายเหตุ แนบภาพประกอบ (ถ้ามี)

ความเห็นเบื้องต้นของเจ้าหน้าที่

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....