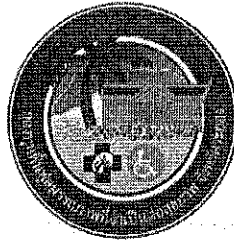


Handwritten signature/initials in the top left corner.



เทศบาลตำบลเขื่อน
เลขรับ 318๓
วันที่ ๕ พ.ย. ๖๓
เวลา ๑๖.๓๓ น.

ที่ กพ.รย ๒๑๐๐๒ / ๑๓๗

สำนักงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ  
 ที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง  
 ๑๔๐ ม.๒ ถนนสุขุมวิท ตำบลเนินพระ  
 อำเภอเมืองระยอง จังหวัดระยอง ๒๑๐๐๐

๙ ตุลาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การขอรับงบประมาณกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง ปี ๒๕๖๒  
 เรียน นายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง  
 สิ่งที่ส่งมาด้วย หลักเกณฑ์การขอรับงบประมาณกองทุนฯ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยองร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๖ ระยอง จัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่จำเป็นต่อสุขภาพ ตลอดจนได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างทั่วถึง

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง จึงขอส่งหลักเกณฑ์การขอรับ งบประมาณกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง เพื่อให้ท่านประชาสัมพันธ์ และสำรวจ ความต้องการของคนพิการ และผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดและมีความประสงค์ เข้าร่วมโครงการ โดยสามารถส่งโครงการขอรับงบประมาณฯ ได้ที่กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ จังหวัดระยอง ตั้งแต่บัดนี้ถึงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ ในวันเวลาราชการ รายละเอียดปรากฏตามเอกสาร ที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

Handwritten signature of Piyasit Pitsatayakorn

(นายปิยะ พิตุเตชะ)

ประธานกรรมการบริหาร

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง

สำนักงานกองทุนฟื้นฟูฯ  
 โทร. ๐ ๓๘๖๑ ๗๔๓๐ ต่อ ๖๐๒ มือถือ ๐๙ ๕๘๑๘ ๐๗๒๐  
 โทรสาร ๐ ๓๘๖๑ ๘๘๗๒

หลักเกณฑ์การของบประมาณกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง  
เพื่อดำเนินโครงการ / ปรับปรุง / ซ่อมแซม / ที่อยู่อาศัยของคนพิการ มีดังนี้

1. โครงการปรับปรุง ซ่อมแซมบ้านที่อยู่อาศัยเฉพาะที่ เช่น ทำห้องน้ำ ทางลาด ราวจับ ให้เป็นไปตามประมาณการของช่างเทศบาลหรือ อบต. อย่างละไม่เกิน ๓๐,๐๐๐ บาท วงเงินไม่เกิน ๙๐,๐๐๐ บาท
๒. กรณีเกิน ๕๐,๐๐๐ บาท/ต่อราย คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ จะพิจารณาตามความเหมาะสมเป็นรายบุคคล

กลุ่มเป้าหมาย

- ๑.๑ คนพิการ
- ๑.๒ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ๑.๓ ผู้ที่อยู่ในระยะการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เงื่อนไข มีดังนี้

การของบประมาณโครงการเพื่อปรับปรุง ซ่อมแซมบ้านที่อยู่อาศัย และสร้างบ้านที่อยู่อาศัย

๑. ต้องมีบัตรประจำตัวประชาชนและ/หรือบัตรประจำตัวคนพิการ
๒. จะต้องเป็นผู้ที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดระยอง
๓. ผู้ที่เสนอโครงการจะต้องเป็นผู้ที่มีฐานะยากจน โดยคณะทำงานจะเป็นผู้พิจารณาในการคัดเลือก
๔. ที่อยู่อาศัยในการปรับปรุงจะต้องเหมาะสมกับสภาพของความพิการหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
๕. ไม่ได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐอื่นหรือได้รับแต่ไม่เพียงพอ
๖. กรณีไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัยแห่งนั้นต้องมีหลักฐานการให้ความยินยอมจากเจ้าของหรือผู้ได้รับอำนาจจากเจ้าของกรรมสิทธิ์
๗. ต้องได้รับการรับรองจากผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น นายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือ นายกเทศมนตรี ของพื้นที่นั้น ๆ / ผู้นำท้องถิ่น / ผู้ใหญ่บ้านประธานชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นผู้รับรองคุณสมบัติของผู้ขอรับงบประมาณ

ขั้นตอนการขอรับงบประมาณ เพื่อซ่อมแซม ปรับปรุงบ้าน และสร้างบ้านที่อยู่อาศัย มีดังนี้

๑. ให้ไปยื่นคำขอการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้แก่ เทศบาล อบต.
๒. เทศบาลหรืออบต. ที่ได้รับคำขอจะต้องดำเนินการตรวจสอบและรับรองคุณสมบัติ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการขอรับงบประมาณกองทุนฯ ตามแบบรายงานการสอบสภาพครอบครัวที่สมควรได้รับปรับสภาพที่อยู่อาศัย
๓. เทศบาลหรืออบต. รวบรวมรายชื่อ และข้อมูลรายละเอียดของผู้ที่ประสงค์ขอรับงบประมาณในพื้นที่พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน/สำเนาบัตรผู้พิการ ภาพถ่ายที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน และแบบรายงานการสอบสภาพครอบครัว

ส่งมาที่กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง ได้ตั้งแต่วันจันทร์ - วันศุกร์  
ในเวลาราชการ โทร.๐๙๕-๘๑๘๐๗๒๐, ๐๓๘-๖๑๗๔๓๐ ต่อ ๖๐๒

หมายเหตุ เทศบาล/อบต. สามารถเสนอโครงการขอรับงบประมาณซ่อมแซม/ปรับปรุงที่อยู่อาศัยจากกองทุนฟื้นฟู  
ได้ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ - ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๑



สำหรับผู้อยู่อาศัย

คำขอให้มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย  
กองทุนฟื้นฟูบูรณะสภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง

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

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

๔. ลักษณะที่อยู่อาศัยปัจจุบัน  
 ของตนเอง  
 อาศัยผู้อื่นอยู่ ระบุ.....
๕. สภาพที่อยู่อาศัย  
 .....  
 .....
๖. สิ่งที่ต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง บ้านที่อยู่อาศัย  
 พื้นบ้าน/ หลังคา / บันได / ห้องน้ำ / ห้องสุขา ระบาย / ขานบ้าน  
 ฝาบ้าน / ห้องนอน / ประตู / หน้าต่าง / ระบบไฟฟ้า (สวิตซ์ไฟฟ้า / ปลั๊กไฟ / สายไฟ)  
 อื่น ๆ (ระบุ).....
๗. ลักษณะการครอบครองที่ดิน  ที่ดินของตนเอง  
 ที่ดินเช่าจาก (ระบุ).....  อื่น ๆ (ระบุ).....
๘. ความคิดเห็นเจ้าหน้าที่เทศบาล หรือ องค์การบริหารส่วนตำบล  
 เห็นควรให้ความช่วยเหลือ.....  
 เห็นควรให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เนื่องจาก.....
๙. ความคิดเห็นบุคลากรทางการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่  
 เห็นควรให้ความช่วยเหลือ.....  
 เห็นควรให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เนื่องจาก.....

ผู้ขอรับการสนับสนุน.....

ผู้สอบข้อเท็จจริง.....

(.....)

(.....)

วันที่ .....

วันที่ .....



สำหรับช่างเทศบาลหรือ  
ช่าง อบต.เป็นผู้ประเมิน

แบบประมาณการค่าใช้จ่าย  
ซ่อมแซม และปรับปรุงที่อยู่อาศัย

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

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

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ระยะเวลาดำเนินงาน.....วัน (โดยคำนวณจากปริมาณงาน)

คำตอบแทน หมายถึง ค่าจ้างเหมาในการซ่อมแซม และปรับปรุงที่อยู่อาศัย

โดยให้ถือปฏิบัติตามระเบียบ / ประกาศ / คำสั่งที่เกี่ยวข้อง ซึ่งหน่วยงานที่ได้รับเงินสนับสนุนถือปฏิบัติอยู่แล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้ประมาณการ  
(.....)

ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง  
(.....)

ตำแหน่ง.....



สำหรับเจ้าหน้าที่เทศบาล  
หรือ อบต. กรอกข้อมูล

แบบรายงานการสอบสภาพครอบครัวคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่อยู่ในระยะฟื้นฟู  
ที่สมควรได้รับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย  
กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง

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 ข้อ)

อยู่คนเดียว  คู่สมรส  ลูก/หลาน ญาติ

๘. ประเภทของความพิการ

- ความพิการทางการเห็น ลักษณะความพิการ (ระบุ).....
- ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ลักษณะความพิการ (ระบุ).....
- ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ลักษณะความพิการ (ระบุ).....
- ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
- ความพิการทางสติปัญญา
- ความพิการทางการเรียนรู้
- ความพิการทางออทิสติก
- อื่นๆ

๙. ลักษณะสุขภาพโดยรวม

- แข็งแรงมากช่วยเหลือตัวเองได้
- ไม่ค่อยแข็งแรงต้องการการดูแลบ้าง
- ไม่ค่อยแข็งแรงต้องการดูแลเป็นส่วนใหญ่
- อ่อนแอต้องการการดูแลตลอดเวลา

๑๐. ปัจจุบันประกอบอาชีพหรือไม่

- ไม่ได้ประกอบอาชีพ  
 ประกอบอาชีพ

๑๑. กรณีประกอบอาชีพประกอบอาชีพใด (เลือกตอบได้มากกว่า๑ข้อ)

- ขายสลากกินแบ่งรัฐบาล       นวดแผนโบราณ       พยากรณ์ชะตาชีวิต  
 เล่นดนตรี       พนักงานสลับสายโทรศัพท์       เกษตรกรรม  
 หัตถกรรม       ครู/อาจารย์       ข้าราชการหรือลูกจ้างหน่วยราชการ  
 รับจ้างทั่วไป       พนักงานหรือลูกจ้างหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ       เกษียณ อายุแล้ว  
 พนักงานหรือลูกจ้างบริษัทห้างร้านหรือองค์กรเอกชน  
 อื่นๆ โปรดระบุ.....

๑๒. รายได้มาจากไหน (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ไม่มีรายได้  
 เบี้ยยังชีพคนพิการเดือนละ.....บาท  
 เงินบำนาญ เดือนละ.....บาท  
 ลูก/หลาน/บิดา/มารดา/ญาติให้ เดือนละ.....บาท  
 การทำงาน เดือนละ.....บาท  
 คู่สมรสเดือนละ.....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)

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

๑๕. ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย หรือไม่

- ไม่ใช่  
 ใช้อุปกรณ์ คือ  
 ไม้เท้าขาว       แขน ขาเทียม       รถเข็น       รถสามล้อโยก  
 Walker       สแลต (อุปกรณ์ในการเขียนอักษรเบรลล์)       เครื่องช่วยฟัง  
 หมุดไม้ (สำหรับสัมผัสจุดซึ่งเป็นลักษณะของอักษรเบรลล์)       อื่นๆ (ระบุ).....

ตอนที่ ๒ ข้อมูลการอยู่อาศัย

๑๖. ลักษณะของที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน

- บ้านเดี่ยว
- บ้านไม้ยกพื้น
- บ้านสองชั้น/ครึ่งตึกครึ่งไม้
- ทาวน์เฮ้าส์
- ตึกแถว
- ห้องแถว
- อื่นๆ (ระบุ).....

๑๗. ผู้ขอร้งบประมาณอาศัย ณ ที่อยู่ปัจจุบันมาเป็นระยะเวลา.....ปี

๑๘. ลักษณะการครอบครองที่อยู่อาศัย

- เป็นเจ้าของกรรมสิทธิ์เอง
- เช่าระยะยาว (เช่า).....ปี
- เช่ารายเดือน เดือนละ.....บาท โดยมีผู้เสียค่าเช่าคือ
  - จ่ายเอง
  - คู่สมรส
  - บุตร/หลาน
  - บิดา/มารดา
  - ญาติ
  - นายจ้าง
  - อื่นๆ (ระบุ).....
- ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับคู่สมรส
- ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับลูก/หลาน
- ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับบิดา/มารดา
- ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับผู้ดูแล
- ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับนายจ้าง
- เป็นที่สาธารณะ

ตอนที่ ๓ ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

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

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

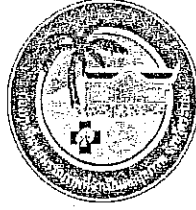
๒๐. สรุปปัญหาที่พบและต้องได้รับการแก้ไข (เรียงตามลำดับสำคัญก่อน-หลัง)

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

(ลงชื่อ).....ผู้สอบข้อเท็จจริง

(.....)

วันที่ .....



## แบบสรุปราคางานก่อสร้าง

ชื่อโครงการ/งานก่อสร้าง

สถานที่ก่อสร้าง

แบบเลขที่

หน่วยงานเจ้าของโครงการ/งานก่อสร้าง

ผู้ประมาณราคา

แบบ ปร.4 และ ปร.5 ที่แบบ จำนวนชุด

ประมาณราคาเมื่อวันที่

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

ผู้คำนวณ

.....  
 (.....)

นายชางโยธา

.....  
 (.....)

หัวหน้าส่วนโยธา

ผู้ตรวจสอบ

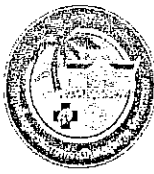
.....  
 (.....)

นายก อบต / ทต

ผู้อนุมัติ







แบบ ปร.๕ (ก)

## แบบสรุปค่าก่อสร้าง

กลุ่มงาน/งาน

ชื่อโครงการ/งานก่อสร้าง

สถานที่ก่อสร้าง

แบบเลขที่

หน่วยงานเจ้าของโครงการ/งานก่อสร้าง

แบบ ปร.๕ ที่แบบ มีจำนวน

หน้า

ประมาณราคา เมื่อวันที่

เดือน

พ.ศ.

ลำดับที่	รายการ	ค่างานต้นทุน	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

(.....)

นายชางโยธา

(.....)

(.....)

หัวหน้าส่วนโยธา

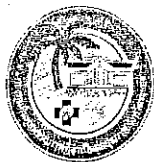
นายก อบต./ ทต

ผู้ตรวจสอบ

ผู้อนุมัติ



## ภาพถ่ายสภาพที่อยู่อาศัยภายในและภายนอกบ้าน



หนังสือให้ความยินยอมในการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ทำที่.....

วันที่ .....เดือน ..... พ.ศ. ....

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

๑. ข้าพเจ้าและครอบครัวได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของการซ่อมแซม ปรับปรุงบ้านที่อยู่อาศัย  
ตามโครงการฯ ของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง

๒. ข้าพเจ้าและครอบครัวที่มีความประสงค์และยินยอมให้มีการซ่อมแซม ปรับปรุงบ้านที่อยู่อาศัยหลังนี้  
ตามรายการและระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่กำหนดทุกประการ

๓. เพื่อให้การดำเนินการซ่อมแซม ปรับปรุงบ้านที่อยู่อาศัยหลังนี้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยดี  
ข้าพเจ้าและบริวารหรือตัวแทนของข้าพเจ้า ชื่อ.....จะอยู่ร่วมมือร่วมแรง  
และช่วยอำนวยความสะดวกทุกด้านอย่างเต็มกำลังความสามารถแก่คณะทำงานฯ ตลอดระยะของ  
การซ่อมแซม ปรับปรุงบ้านที่อยู่อาศัยหลังนี้โดยไม่เรียกร้องค่าตอบแทนใดๆ ทั้งสิ้น

๔. ในกรณีที่มีสาเหตุสุดวิสัยหรือความเสียหายใดๆเกิดขึ้นในระหว่างการซ่อมแซม ปรับปรุงบ้าน  
ที่อยู่อาศัยหลังนี้ โดยที่ข้าพเจ้าได้รับรู้ด้วยแล้ว ข้าพเจ้าและครอบครัวจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายและสิทธิใดๆ  
ทั้งสิ้น จากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หมายเหตุ แนวนโยบายประกอบได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของ  
บ้านพักอาศัยและคนพิการในครอบครัว