

ประกาศกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการประเมินความพิการจากปัจจัยทางสังคมหรือพฤติกรรมแวดล้อม เฉพาะบุคคลที่มีความบกพร่องของการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ได้แก่ ตา ใบหู ใบหน้า ศีรษะ นิ้วมือ แขน ขา และลำตัว ที่เจ้าหน้าที่รับคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการมองเห็นได้อย่างชัดเจน

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๒ วรรคสอง แห่งประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ พ.ศ. ๒๕๖๘ ประกอบคำแนะนำของ คณะทำงานกำหนดหลักเกณฑ์และความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์หรือสามารถวินิจฉัยได้จาก ปัจจัยทางสังคมหรือพฤติกรรมแวดล้อม ในการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๙ เมื่อวันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ ที่ได้กำหนดแบบประเมินความพิการจากปัจจัยทางสังคมหรือพฤติกรรมแวดล้อม และคู่มือหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการประเมินความพิการจากปัจจัยทางสังคมหรือพฤติกรรมแวดล้อม เฉพาะบุคคลที่มีความบกพร่องของการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ได้แก่ ตา ใบหู ใบหน้า ศีรษะ นิ้วมือ แขน ขา และลำตัว ที่เจ้าหน้าที่รับคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการมองเห็นได้อย่างชัดเจน จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการประเมินความพิการจากปัจจัยทางสังคมหรือพฤติกรรมแวดล้อม เฉพาะบุคคลที่มีความบกพร่องของการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ได้แก่ ตา ใบหู ใบหน้า ศีรษะ นิ้วมือ แขน ขา และลำตัว ที่เจ้าหน้าที่รับคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการมองเห็นได้อย่างชัดเจน

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการประเมินความพิการจากปัจจัยทางสังคมหรือพฤติกรรมแวดล้อม เฉพาะบุคคลที่มีความบกพร่องของการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ได้แก่ ตา ใบหู ใบหน้า ศีรษะ นิ้วมือ แขน ขา และลำตัว ที่เจ้าหน้าที่รับคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการมองเห็นได้อย่างชัดเจน ให้เป็นไปตามแบบประเมินความพิการจากปัจจัยทางสังคมหรือพฤติกรรมแวดล้อม เฉพาะบุคคลที่มีความบกพร่องของการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ได้แก่ ตา ใบหู ใบหน้า ศีรษะ นิ้วมือ แขน ขา และลำตัว ที่เจ้าหน้าที่รับคำขอ มิบัตรประจำตัวคนพิการมองเห็นได้อย่างชัดเจน แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๔ ให้กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ จัดทำคู่มือหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการประเมินความพิการจากปัจจัยทางสังคมหรือพฤติกรรมแวดล้อม เฉพาะบุคคลที่มีความบกพร่องของการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ได้แก่ ตา ใบหู ใบหน้า ศีรษะ นิ้วมือ แขน ขา และลำตัว ที่เจ้าหน้าที่รับคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการมองเห็นได้อย่างชัดเจน ต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๙

สนธยา บุญยฤชิต

อธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ



รูปถ่าย

ขนาด ๑.๕ นิ้ว

แบบประเมินความพิการ

จากปัจจัยทางสังคมหรือพฤติกรรมแวดล้อม

เฉพาะบุคคลที่มีความบกพร่องของการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ได้แก่ ตา ใบหู ใบหน้า ศีรษะ นิ้วมือ
แขน ขา และลำตัว ที่เจ้าหน้าที่รับคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ มองเห็นได้อย่างชัดเจน
(สำหรับผู้เข้ารับการประเมิน)

วันที่ยื่นคำขอ เดือน พ.ศ.

หน่วยงานรับคำขอ จังหวัด

เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ

ตำแหน่ง ประเมินความพิการของ การเคลื่อนไหว ทางร่างกาย

รายละเอียดความบกพร่อง..... ซึ่งมองเห็นได้อย่างชัดเจน

หมายเหตุ กรณีผู้เข้ารับการประเมินสามารถอ่านและเขียนได้ ให้ผู้เข้ารับการประเมินเป็นผู้จัดทำและกรอก
แบบประเมินความพิการทางสังคมด้วยตนเอง พร้อมลงลายมือชื่อกำกับในเอกสารทุกหน้าที่กำหนด
ให้ลงลายมือชื่อ ในกรณีที่ผู้เข้ารับการประเมินไม่สามารถอ่านออก เขียนไม่ได้ หรือแม้อ่านได้แต่ไม่สามารถ
เข้าใจเนื้อหาในแบบประเมิน ให้ผู้แทนเป็นผู้จัดทำแบบประเมินแทน โดยต้องให้ผู้เข้ารับการประเมินพิมพ์
ลายนิ้วมือ กำกับในทุกหน้าที่มีช่องลงลายมือชื่อ เพื่อรับรองความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลที่ได้จัดทำขึ้น

หมวดที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ข้อมูลของผู้เข้ารับการประเมิน (ประเมินตนเอง)

๑) เลขประจำตัวประชาชน - - - -

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

๓) ชื่อ ชื่อกลาง นามสกุล

Name Middle name Surname

๔) เกิดเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี เดือน

๕) ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่น ๆ (ระบุ)

๖) สถานภาพ โสด สมรสอยู่ด้วยกัน หม้าย อื่น ๆ (ระบุ)

๗) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย

ถนน หมู่บ้าน อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

มือถือ โทรสาร email

ลงชื่อ _____

๘) ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย
ถนน หมู่บ้าน อำเภอ/เขต
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
มือถือ โทรสาร email

๙) การศึกษา

ไม่ได้เรียน

จบการศึกษาชั้นสูงสุด ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย
 ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)
 อนุปริญญา ระบุสาขาที่จบการศึกษา
 ปริญญาตรี ระบุสาขาที่จบการศึกษา
 สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาที่จบการศึกษา
 อื่นๆ (ระบุ)

๑๐) อาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ

ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ลูกจ้างเอกชน
 รับจ้างทั่วไป ธุรกิจส่วนตัว อาชีพอื่นๆ (ระบุ)

๑๑) รายได้จากการประกอบอาชีพ บาท/เดือน

๑๒) รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว)..... บาท/เดือน

๑๓) จำนวนบุคคลที่ต้องอุปการะ (ถ้ามี) คน

ขอรับการประเมินเนื่องจาก

.....
.....

ให้ข้อมูลด้วยตนเอง มีผู้ให้ข้อมูลแทน เกี่ยวข้องเป็น

๑.๒ ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลแทน (กรณีที่มีผู้ให้ข้อมูลแทน)

๑) เลขประจำตัวประชาชน - - - -

๒) คำน่าหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่นๆ (ระบุ)

๓) ชื่อ ชื่อกลาง นามสกุล
Name Middle name Surname

๔) เกิดเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี เดือน

๕) ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่น ๆ (ระบุ)

๖) สถานภาพ โสด สมรสอยู่ด้วยกัน หม้าย อื่น ๆ (ระบุ)

๗) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย

ถนน หมู่บ้าน อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

มือถือ โทรสาร email

ลงชื่อ _____

๘) ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย
ถนน หมู่บ้าน อำเภอ/เขต
จังหวัด รหัสไปรษณีย์
มือถือ โทรสาร email

๙) ความสัมพันธ์กับผู้เข้ารับการประเมิน (ต้องไม่ใช่ผู้รู้เห็นปัจจัยจำกัดของผู้รับการประเมิน)

- บิดา / มารดา คู่สมรส บุตร พี่ / น้อง (สายเลือดเดียวกัน)
 ญาติอื่น ๆ (เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา หลาน) ผู้ปกครองตามกฎหมาย
 เจ้าหน้าที่สถานสงเคราะห์ / สถานดูแล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข / บุคลากรทางการแพทย์
 อื่น ๆ ระบุ
- โดยได้แนบหลักฐาน คือ

๑๐) ให้ข้อมูลแทนเนื่องจาก

- ผู้เข้ารับการประเมินไม่สามารถอ่านออก และไม่สามารถเขียนหนังสือภาษาไทยได้
 ผู้เข้ารับการประเมินสามารถอ่านหนังสือภาษาไทยได้แต่ไม่เข้าใจความหมาย
 ผู้เข้ารับการประเมินมีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง/เรื้อรัง ไม่สามารถทำแบบประเมินได้ด้วยตนเอง
 ผู้เข้ารับการประเมินไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนด้วยตนเอง
 อื่น ๆ ระบุ

ลงชื่อ _____
(.....)

คำแนะนำในการทำแบบประเมินหมวดที่ ๒

แบบประเมินฉบับนี้เป็นการประเมินความพิการด้วยตนเอง โดยมุ่งเน้นการพิจารณาข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตของผู้เข้ารับการประเมินอันเกิดจากปัจจัยทางสังคมหรือพฤติกรรมแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม/ชุมชน แบบประเมินประกอบด้วย ๓ หมวด ผู้เข้ารับการประเมินจะต้องกรอกรายละเอียดข้อมูลให้ครบถ้วนในหมวดที่ ๑ และหมวดที่ ๒ ก่อนเจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอจะสรุปผลการประเมินความพิการ โดยข้อมูลในแบบประเมินทั้ง ๓ หมวด ประกอบด้วย

หมวดที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

หมวดที่ ๒ การประเมินความพิการจากปัจจัยทางสังคมหรือพฤติกรรมแวดล้อม ประกอบด้วย

- ประเมินการเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม/ชุมชน (Social Participation)

หมวดที่ ๓ สรุปผลการประเมินความพิการโดยเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ให้ผู้เข้ารับการประเมินพิจารณาและให้คะแนนตามระดับความยากลำบากที่เกิดขึ้นจริงจากปัจจัยทางสังคมหรือพฤติกรรมแวดล้อมดังกล่าว โดยการคิดคะแนนจะพิจารณาจาก การประเมินการเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม/ชุมชน (Social Participation) เท่านั้น โดยแต่ละระดับคะแนนมีความหมาย ดังนี้

ระดับคะแนน	ความหมาย
ระดับ ๔ (๔ คะแนน)	หมายถึง ไม่สามารถเข้าไปทำกิจกรรมหรือการมีส่วนร่วมในด้านนั้นได้เลย หรือไม่ สามารถใช้งาน/ดำเนินการได้โดยสิ้นเชิง ส่งผลกระทบบ่อยอย่างรุนแรงต่อการดำเนิน ชีวิตประจำวันและการมีส่วนร่วมในสังคม
ระดับ ๓ (๓ คะแนน)	หมายถึง มีความยากลำบากอย่างมากในการทำกิจกรรมหรือการมีส่วนร่วมในด้าน นั้น ต้องได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนเป็นส่วนใหญ่ และส่งผลกระทบต่อ การใช้ชีวิตอย่างชัดเจน
ระดับ ๒ (๒ คะแนน)	หมายถึง มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง หรือในบางสถานการณ์ ยังสามารถทำ กิจกรรมหรือมีส่วนร่วมได้ด้วยตนเองในระดับหนึ่ง แต่มีอุปสรรคที่ส่งผลต่อความ สะดวกหรือประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิต
ระดับ ๑ (๑ คะแนน)	หมายถึง ไม่มีความยากลำบาก หรือมีเพียงเล็กน้อยจนไม่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต การทำกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในสังคม
ระดับ ๐ (๐ คะแนน)	หมายถึง ไม่ทราบข้อมูล หรือไม่สามารถประเมินระดับความยากลำบากได้ในขั้นนี้

ข้าพเจ้ารับทราบเรื่องคำแนะนำในการทำแบบประเมิน ปก.๑

รับทราบ

ลงชื่อ _____

(.....)

หมวดที่ ๒ การประเมินความพิการจากปัจจัยทางสังคมหรือพฤติกรรมแวดล้อม
 ประเมินการเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม/ชุมชน (Social Participation)
 ด้านข้อจำกัดของร่างกายในการการเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม/ชุมชน
 ให้ทำเครื่องหมาย ในช่องสี่เหลี่ยมหน้าระดับที่ท่านเลือกในแต่ละข้อ*

ข้อ	ระดับความสามารถ/ตัวบ่งชี้คุณลักษณะ				
การดำรงชีวิตขั้นพื้นฐานและความปลอดภัย					
๑. การอยู่ตามลำพังโดยไม่เกิดอันตราย เช่น มีความยากลำบากในการดูแลตนเองและจัดการความปลอดภัยเมื่ออยู่ตามลำพัง ทั้งในสถานการณ์ปกติและเมื่อเกิดเหตุไม่คาดคิด เช่น ไฟฟ้าดับ อุบัติเหตุภายในบ้าน ชัดข้อง เกิดอุบัติเหตุเล็กน้อยภายในบ้าน หรือเหตุฉุกเฉินที่ต้องติดต่อขอความช่วยเหลือ หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล/ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>
๒. การเข้าถึงที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมและเลือกได้ตามความต้องการ เช่น มีความยากลำบากในการเข้าถึงหรือเลือกที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย สภาพแวดล้อมไม่เอื้อต่อการใช้งาน ขาดสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็น รวมถึงการติดต่อประสานงานเพื่อขอรับสิทธิหรือบริการด้านที่อยู่อาศัย หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล/ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>

ลงชื่อ _____
 (.....)

ข้อ	ระดับความสามารถ/ตัวบ่งชี้คุณลักษณะ				
๓. การใช้บริการด้านสุขภาพหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องเมื่อจำเป็น เช่น มีความยากลำบากในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ การนัดหมาย การรับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องตามความจำเป็น รวมถึงการเดินทางไปเข้ารับบริการ หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล/ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>
๔. การปรับตัวต่อเหตุฉุกเฉินหรือภัยพิบัติร่วมกับชุมชนได้อย่างปลอดภัย เช่น มีความยากลำบากในการรับทราบข้อมูลข่าวสาร การอพยพ การปฏิบัติตามคำแนะนำ หรือการเข้าถึงความช่วยเหลือในสถานการณ์ฉุกเฉินหรือภัยพิบัติได้อย่างปลอดภัย หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล/ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>
การตัดสินใจและการใช้ชีวิตอย่างอิสระ					
๕. การตัดสินใจเรื่องสำคัญของตนเองในชีวิตประจำวัน เช่น มีความยากลำบากในการตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องสำคัญของตนเอง เช่น การวางแผนการใช้ชีวิต การเลือกบริการที่เกี่ยวข้อง หรือการกำหนดแนวทางการดูแลตนเอง หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล/ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>

ข้อ	ระดับความสามารถ/ตัวบ่งชี้คุณลักษณะ				
๖. การออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน ตามการตัดสินใจของตนเอง เช่น มีความยากลำบากในการเดินทางหรือออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านตามความประสงค์ของตนเอง เช่น การไปพบปะผู้อื่น การทำธุระส่วนตัว หรือการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างสะดวกและปลอดภัย หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล / ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>
๗. การจัดการเรื่องการเงินส่วนบุคคลของตนเอง เช่น มีความยากลำบากในการบริหารจัดการรายรับรายจ่าย การทำธุรกรรมทางการเงิน การเข้าถึงบริการทางการเงิน หรือการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้จ่ายของตนเองได้อย่างเหมาะสม หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล / ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>
การเข้าถึงบริการและทรัพยากรที่จำเป็นต่อชีวิตประจำวัน					
๘. การเข้าถึงบริการสาธารณะ เช่น มีความยากลำบากในการเดินทาง ติดต่อ หรือใช้บริการสาธารณะ เช่น หน่วยงานของรัฐ สถานพยาบาล สถานศึกษา หรือระบบขนส่งสาธารณะ ได้อย่างสะดวกและเหมาะสม หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล / ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>
๙. การเข้าถึงแหล่งซื้อขายเครื่องอุปโภค บริโภค หรือการใช้บริการต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น มีความยากลำบากในการเดินทางหรือเข้าถึงร้านค้า ตลาด ห้างสรรพสินค้า ร้านยา หรือสถานบริการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างสะดวกและปลอดภัย หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล / ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>

ลงชื่อ _____

ข้อ	ระดับความสามารถ/ตัวบ่งชี้คุณลักษณะ				
การทำงาน การเรียนรู้ และการพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ					
๑๐. โอกาสในการเข้าถึงหรือเลือกงาน/อาชีพ ที่เหมาะสม เช่น มีความยากลำบากในการเข้าถึงข้อมูลตำแหน่งงาน การสมัครงาน หรือการเลือกงาน/อาชีพที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและศักยภาพของตนเอง รวมถึงการได้รับโอกาสอย่างเท่าเทียม หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล/ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>
๑๑. การประกอบอาชีพ เช่น มีความยากลำบากในการปฏิบัติงาน การปรับตัวในสถานที่ทำงาน การใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่จำเป็น การเดินทางไปทำงาน หรือการรักษาความต่อเนื่องในการทำงานและสร้างรายได้ หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล/ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>
๑๒. การเรียนรู้ตลอดชีวิต หรือการฝึกอาชีพ เช่น มีความยากลำบากในการเข้าถึงโอกาสทางการศึกษา การเข้าร่วมอบรม สัมมนา หรือการฝึกอาชีพเพื่อพัฒนาทักษะและเพิ่มโอกาสในการพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล/ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>
การมีส่วนร่วมในครอบครัว ชุมชน และสังคม					
๑๓. การมีบทบาทในครอบครัวหรือชุมชน เช่น มีความยากลำบากในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ในครอบครัวหรือชุมชน เช่น การเป็นหัวหน้าครอบครัว การดูแลสมาชิกในบ้าน การเข้าร่วมประชุมในชุมชน หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล/ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>

ลงชื่อ _____

ข้อ	ระดับความสามารถ/ตัวบ่งชี้คุณลักษณะ				
๑๔. การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น มีความยากลำบากในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น งานเลี้ยง งานแต่งงาน งานประเพณี หรือกิจกรรมสังสรรค์ต่างๆ หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล / ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>
๑๕. การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น มีความยากลำบากในการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น การทำบุญ เข้าวัด ฟังธรรม ละหมาด หรือพิธีกรรมทางศาสนาอื่นๆ หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล / ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>
๑๖. การมีส่วนร่วมในองค์กรเครือข่าย หรือกลุ่มของคนพิการ/ชุมชน เช่น มีความยากลำบากในการเข้าร่วมกิจกรรมขององค์กรหรือกลุ่ม เช่น การประชุมกลุ่ม การทำกิจกรรมอาสาสมัคร การร่วมวางแผนหรือดำเนินโครงการ หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล / ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>
การเข้าถึงข้อมูล เทคโนโลยี และสื่อสาธารณะ					
๑๗. การใช้เทคโนโลยีหรือสื่อสาธารณะเพื่อการมีส่วนร่วมในสังคม เช่น มีความยากลำบากในการใช้เทคโนโลยีหรือสื่อสาธารณะ เช่น โทรศัพท์มือถือ สื่อสังคมออนไลน์ การประชุมออนไลน์ การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อดิจิทัล เพื่อการสื่อสารหรือมีส่วนร่วมในสังคม หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล / ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>

ลงชื่อ _____
(.....)

ข้อ	ระดับความสามารถ/ตัวบ่งชี้คุณลักษณะ				
๑๘. การใช้เทคโนโลยีเพื่อรับบริการหรือทำธุรกรรมต่างๆ เช่น มีความยากลำบากในการใช้เทคโนโลยีเพื่อเข้าถึงบริการหรือทำธุรกรรม เช่น การลงทะเบียนรับสิทธิ การชำระเงินออนไลน์ การทำธุรกรรมทางธนาคาร หรือการใช้แอปพลิเคชันของหน่วยงานต่างๆ หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล/ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>
สิทธิ เสี่ยง ในการกำหนดสังคม					
๑๙. การเข้าร่วมกิจกรรมด้านการเมือง การแสดงออก หรือการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจของสังคม/ชุมชน เช่น มีความยากลำบากในการเข้าร่วมกิจกรรมทางการเมือง หรือกระบวนการมีส่วนร่วมของสังคม เช่น การไปใช้สิทธิเลือกตั้ง การเข้าร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็น การแสดงความคิดเห็นต่อหน่วยงานรัฐ หรือการมีส่วนร่วมในเวทีสาธารณะต่างๆ หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล/ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>
การพัฒนาศักยภาพและความก้าวหน้าในระยะยาว					
๒๐. การเข้าถึงโอกาสพัฒนาศักยภาพหรือความก้าวหน้าในชีวิตเท่าเทียมกับคนทั่วไป เช่น มีความยากลำบากในการเข้าถึงโอกาสในการพัฒนาตนเอง หรือสร้างความก้าวหน้าในชีวิต เช่น การเลื่อนตำแหน่ง การเข้ารับการอบรมพัฒนาทักษะ การได้รับทุนสนับสนุน หรือโอกาสในการแสดงศักยภาพอย่างเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล/ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>

ลงชื่อ _____
(.....)

ข้าพเจ้าเคยเข้ารับการรักษาพยาบาล/ฟื้นฟูที่.....ในเรื่องที่ขอประเมิน
ตั้งแต่ (วัน/เดือน/ปี).....
ผลการรักษา/ฟื้นฟู.....

ข้าพเจ้าขอระบุชื่อบุคคลที่รู้เห็นปัจจัยจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม
หรือชุมชน (มิใช่บุคคลในครอบครัว) ได้แก่

๑. เลขประจำตัวประชาชน - - - -
ชื่อ- สกุล นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ (ระบุ) ตำแหน่ง
หน่วยงาน.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้..... หมู่ที่ ซอย/ถนน ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์..... มือถือ โทรสาร email

๒. เลขประจำตัวประชาชน - - - -
ชื่อ- สกุล นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ (ระบุ) ตำแหน่ง
หน่วยงาน.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้..... หมู่ที่ ซอย/ถนน ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์..... มือถือ โทรสาร email

๓. เลขประจำตัวประชาชน - - - -
ชื่อ- สกุล นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ (ระบุ) ตำแหน่ง
หน่วยงาน.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้..... หมู่ที่ ซอย/ถนน ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์..... มือถือ โทรสาร email

๔. เลขประจำตัวประชาชน - - - -
ชื่อ- สกุล นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ (ระบุ) ตำแหน่ง
หน่วยงาน.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้..... หมู่ที่ ซอย/ถนน ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์..... มือถือ โทรสาร email

ลงชื่อ _____
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การให้ข้อมูลข้างต้น รวม หน้า เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า เพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัยความพิการตามกฎหมายหรือระเบียบ/ประกาศกำหนด และการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ที่ข้าพเจ้าให้ข้อมูลต่อไป

ขอรับรองว่าเป็นความจริง

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

ผู้เข้ารับการประเมิน

ขอรับรองว่าเป็นความจริง

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

พยานท่านที่ ๑ กรณีพิมพ์ลายนิ้วมือ

ขอรับรองว่าเป็นความจริง

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

พยานท่านที่ ๒ กรณีพิมพ์ลายนิ้วมือ

หมวดที่ ๓ สรุปผลการประเมินความพึงพอใจโดยเจ้าหน้าที่รับคำขอ
สรุปผลคะแนน ส่วนของผู้เข้ารับการประเมิน (ปก.๑)

<input type="checkbox"/> ข้อจำกัดในการเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม/ชุมชน (Social Participation)	<input type="checkbox"/> มี คะแนน
---	---

คะแนนรวม..... คิดเป็นร้อยละ

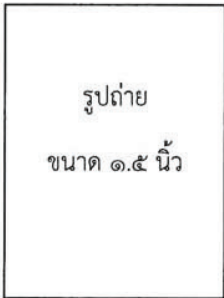
(ได้ร้อยละ ๖๐ ขึ้นไปถือว่าผ่าน และมีสัดส่วน ๖๐ คะแนน)

ผ่าน ไม่ผ่าน

ลงชื่อ _____

(.....)

เจ้าหน้าที่รับคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ



แบบประเมินความพิการ
จากปัจจัยทางสังคมหรือพฤติกรรมแวดล้อม

เฉพาะบุคคลที่มีความบกพร่องของการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ได้แก่ ตา ใบหู ใบหน้า ศีรษะ นิ้วมือ
แขน ขา และลำตัว ที่เจ้าหน้าที่รับคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ มองเห็นได้อย่างชัดเจน
(สำหรับผู้รู้เห็นปัจจัยจำกัด)

วันที่ยื่นคำขอ เดือน พ.ศ.

สำหรับเจ้าหน้าที่รับคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ

หน่วยงานรับคำขอ จังหวัด

เจ้าหน้าที่รับคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ

ตำแหน่ง ประเมินความพิการของ การเคลื่อนไหว ทางร่างกาย

รายละเอียดความบกพร่อง..... ซึ่งมองเห็นได้อย่างชัดเจน

ของผู้ถูกประเมิน (ตามแบบ ปก.๑) ชื่อ - นามสกุล.....

ผู้ขอทำการประเมิน (ตามแบบ ปก.๒) รู้เห็นหรือถึงข้อจำกัดและปัจจัยอันอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของ

ผู้ถูกประเมิน (ตามแบบ ปก.๑) หรือไม่

รู้เห็น เนื่องจาก

ไม่รู้เห็น เนื่องจาก

หมายเหตุ หากตอบว่าไม่รู้เห็น ให้ยุติการประเมิน หากตอบว่ารู้เห็น ให้ทำแบบประเมินหมวดที่ ๑ ต่อ

หมวดที่ ๑ ส่วนข้อมูลทั่วไป
ของผู้รู้เห็นปัจจัยจำกัดของผู้ถูกประเมิน

๑) เลขประจำตัวประชาชน - - - -

๒) คำนำนานาม นาย นาง นางสาว อื่นๆ (ระบุ)

๓) ชื่อ ชื่อกลาง นามสกุล

Name Middle name Surname

๔) เกิดเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี เดือน

๕) ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่น ๆ (ระบุ)

๖) สถานภาพ โสด สมรสอยู่ด้วยกัน หย่า อื่น ๆ (ระบุ)

๗) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย

ถนน หมู่บ้าน อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

มือถือ โทรสาร email

ลงชื่อ

(.....)

๘) ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย
ถนน หมู่บ้าน อำเภอ/เขต
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
มือถือ โทรสาร email

๙) การศึกษา

ไม่ได้เรียน

จบการศึกษาชั้นสูงสุด ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย
 ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)
 อนุปริญญา ระบุสาขาที่จบการศึกษา
 ปริญญาตรี ระบุสาขาที่จบการศึกษา
 สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาที่จบการศึกษา
 อื่นๆ (ระบุ)

๑๐) อาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ

ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ลูกจ้างเอกชน
 รับจ้างทั่วไป ธุรกิจส่วนตัว อาชีพอื่นๆ (ระบุ)

๑๑) รายได้จากการประกอบอาชีพ บาท/เดือน

๑๒) รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว)..... บาท/เดือน

๑๓) จำนวนบุคคลที่ต้องอุปการะ (ถ้ามี) คน

๑๔) ตำแหน่งทางสังคม

โดยแนบหลักฐานคือ

**ข้าพเจ้าเป็นผู้รู้เห็นปัจจัยจำกัดที่ทำการประเมินความพิการจากปัจจัยทางสังคมหรือพฤติกรรมแวดล้อม
ของผู้เข้ารับการประเมิน (ตามแบบ ปก.๑)**

๑) เลขประจำตัวประชาชน - - - -

๒) คำนำหน้านาม นาย นาง นางสาว อื่นๆ (ระบุ)

๓) ชื่อ ชื่อกลาง นามสกุล

Name Middle name Surname

๔) เกิดเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี เดือน

๕) สถานภาพ โสด สมรสอยู่ด้วยกัน หม้าย อื่น ๆ (ระบุ)

๖) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย

ถนน หมู่บ้าน อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

มือถือ โทรสาร email

๗) ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย

ถนน หมู่บ้าน อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

มือถือ โทรสาร email

ลงชื่อ _____

(.....)

คำแนะนำในการทำแบบประเมินสำหรับผู้รู้เห็นปัจจัยจำกัดของผู้เข้ารับการประเมิน

แบบประเมินฉบับนี้ผู้รู้เห็นปัจจัยจำกัดของผู้เข้ารับการประเมิน ทำการประเมินผู้เข้ารับการประเมิน โดยมุ่งเน้นการพิจารณาข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตของผู้เข้ารับการประเมิน อันเกิดจากปัจจัยทางสังคม หรือพฤติกรรมแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม/ชุมชน โดยจะต้องกรอกรายละเอียด ข้อมูลทั่วไปของผู้รู้เห็นปัจจัยจำกัดของผู้เข้ารับการประเมินให้ครบถ้วน และจัดทำแบบประเมินในหมวดที่ ๒ การประเมินการเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม/ชุมชน (Social Participation)

ข้าพเจ้ารับทราบเรื่องคำแนะนำในการทำแบบประเมิน ปก.๒

รับทราบ

หมายเหตุ การรับรองเอกสารเป็นเท็จมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๒๖๗ กำหนดว่า ผู้ใดแจ้งให้เจ้าพนักงานผู้กระทำการตามหน้าที่จัดข้อความอันเป็นเท็จลงในเอกสารมหาชนหรือเอกสารราชการ ซึ่งมีวัตถุประสงค์สำหรับใช้เป็นพยานหลักฐาน โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ลงชื่อ _____
(.....)

คำแนะนำในการทำแบบประเมินหมวดที่ ๒

แบบประเมินฉบับนี้เป็นการประเมินของผู้รู้เห็นปัจจัยจำกัดของผู้เข้ารับการประเมิน โดยมุ่งเน้นการพิจารณาข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตของผู้เข้ารับการประเมินอันเกิดจากปัจจัยทางสังคม หรือพฤติกรรมแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการเข้ามามีส่วนร่วมในสังคม/ชุมชน แบบประเมินประกอบด้วย ๓ หมวด ผู้เข้ารับการประเมินจะต้องกรอกรายละเอียดข้อมูลให้ครบถ้วนในหมวดที่ ๑ และหมวดที่ ๒ โดยข้อมูลในแบบประเมิน ประกอบด้วย

หมวดที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

หมวดที่ ๒ การประเมินความพิการจากปัจจัยทางสังคมหรือพฤติกรรมแวดล้อม ประกอบด้วย

- ประเมินการเข้ามามีส่วนร่วมในสังคม/ชุมชน (Social Participation)

หมวดที่ ๓ สรุปผลการประเมินความพิการโดยเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ให้ผู้เข้ารับการประเมินพิจารณาและให้คะแนนตามระดับความยากลำบากที่เกิดขึ้นจริงจากปัจจัยทางสังคมหรือพฤติกรรมแวดล้อมดังกล่าว โดยแต่ละระดับคะแนนมีความหมาย ดังนี้

ระดับคะแนน	ความหมาย
ระดับ ๔ (๔ คะแนน)	หมายถึง ไม่สามารถเข้าไปทำกิจกรรมหรือการมีส่วนร่วมในด้านนั้นได้เลย หรือไม่สามารถใช้งาน/ดำเนินการได้โดยสิ้นเชิง ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการมีส่วนร่วมในสังคม
ระดับ ๓ (๓ คะแนน)	หมายถึง มีความยากลำบากอย่างมากในการทำกิจกรรมหรือการมีส่วนร่วมในด้านนั้น ต้องได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนเป็นส่วนใหญ่ และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตอย่างชัดเจน
ระดับ ๒ (๒ คะแนน)	หมายถึง มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง หรือในบางสถานการณ์ ยังสามารถทำกิจกรรมหรือมีส่วนร่วมได้ด้วยตนเองในระดับหนึ่ง แต่มีอุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อความสะดวกหรือประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิต
ระดับ ๑ (๑ คะแนน)	หมายถึง ไม่มีความยากลำบาก หรือมีเพียงเล็กน้อยจนไม่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต การทำกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในสังคม
ระดับ ๐ (๐ คะแนน)	หมายถึง ไม่ทราบข้อมูล หรือไม่สามารถประเมินระดับความยากลำบากได้ในข้อนี้

ลงชื่อ _____

(.....)

หมวดที่ ๒ การประเมินความพิการจากปัจจัยทางสังคมหรือพฤติกรรมแวดล้อม
 ประเมินการเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม/ชุมชน (Social Participation)
 ด้านข้อจำกัดของร่างกายในการการเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม/ชุมชน
 ให้ทำเครื่องหมาย ในช่องสี่เหลี่ยมหน้าระดับที่ท่านเลือกในแต่ละข้อ*

ข้อ	ระดับความสามารถ/ตัวบ่งชี้คุณลักษณะ				
การดำรงชีวิตขั้นพื้นฐานและความปลอดภัย					
๑. การอยู่ตามลำพังโดยไม่เกิดอันตราย เช่น มีความยากลำบากในการดูแลตนเองและจัดการความปลอดภัยเมื่ออยู่ตามลำพัง ทั้งในสถานการณ์ปกติและเมื่อเกิดเหตุไม่คาดคิด เช่น ไฟฟ้าดับ อุปกรณ์ภายในบ้านขัดข้อง เกิดอุบัติเหตุเล็กน้อยภายในบ้าน หรือเหตุฉุกเฉินที่ต้องติดต่อขอความช่วยเหลือ หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล/ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>
๒. การเข้าถึงที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมและเลือกได้ตามความต้องการ เช่น มีความยากลำบากในการเข้าถึงหรือเลือกที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย สภาพแวดล้อมไม่เอื้อต่อการใช้งาน ขาดสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็น รวมถึงการติดต่อประสานงานเพื่อขอรับสิทธิหรือบริการด้านที่อยู่อาศัย หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล/ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>

ลงชื่อ _____
 (.....)

ข้อ	ระดับความสามารถ/ตัวบ่งชี้คุณลักษณะ				
๓. การใช้บริการด้านสุขภาพหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องเมื่อจำเป็น เช่น มีความยากลำบากในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ การนัดหมาย การรับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องตามความจำเป็น รวมถึงการเดินทางไปเข้ารับบริการ หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล/ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>
๔. การปรับตัวต่อเหตุฉุกเฉินหรือภัยพิบัติร่วมกับชุมชนได้อย่างปลอดภัย เช่น มีความยากลำบากในการรับทราบข้อมูลข่าวสาร การอพยพ การปฏิบัติตามคำแนะนำ หรือการเข้าถึงความช่วยเหลือในสถานการณ์ฉุกเฉินหรือภัยพิบัติได้อย่างปลอดภัย หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล/ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>
การตัดสินใจและการใช้ชีวิตอย่างอิสระ					
๕. การตัดสินใจเรื่องสำคัญของตนเองในชีวิตประจำวัน เช่น มีความยากลำบากในการตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องสำคัญของตนเอง เช่น การวางแผนการใช้ชีวิต การเลือกบริการที่เกี่ยวข้อง หรือการกำหนดแนวทางการดูแลตนเอง หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล/ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>

ลงชื่อ _____
 (.....)

ข้อ	ระดับความสามารถ/ตัวบ่งชี้คุณลักษณะ				
๖. การออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน ตามการตัดสินใจของตนเอง เช่น มีความยากลำบากในการ เดินทางหรือออกไปทำกิจกรรมนอก บ้านตามความประสงค์ของตนเอง เช่น การไปพบปะผู้อื่น การทำธุระ ส่วนตัว หรือการเข้าร่วมกิจกรรม ต่างๆ ได้อย่างสะดวกและปลอดภัย หรืออื่นๆ	ไม่สามารถ ทำได้เลย	มีความ ยากลำบาก มาก	มีความ ยากลำบาก เป็น บางครั้ง	ไม่มีความ ยากลำบาก	ไม่ทราบ ข้อมูล /ไม่ สามารถ ประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>
๗. การจัดการเรื่องการเงินส่วนบุคคล ของตนเอง เช่น มีความยากลำบากในการ บริหารจัดการรายรับรายจ่าย การ ทำธุรกรรมทางการเงิน การเข้าถึง บริการทางการเงิน หรือการตัดสินใจ เกี่ยวกับการใช้จ่ายของตนเองได้ อย่างเหมาะสม หรืออื่นๆ	ไม่สามารถ ทำได้เลย	มีความ ยากลำบาก มาก	มีความ ยากลำบาก เป็น บางครั้ง	ไม่มีความ ยากลำบาก	ไม่ทราบ ข้อมูล /ไม่ สามารถ ประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>
การเข้าถึงบริการและทรัพยากรที่จำเป็นต่อชีวิตประจำวัน					
๘. การเข้าถึงบริการสาธารณะ เช่น มีความยากลำบากในการ เดินทาง ติดต่อ หรือใช้บริการ สาธารณะ เช่น หน่วยงานของรัฐ สถานพยาบาล สถานศึกษา หรือ ระบบขนส่งสาธารณะ ได้อย่าง สะดวกและเหมาะสม หรืออื่นๆ	ไม่สามารถ ทำได้เลย	มีความ ยากลำบาก มาก	มีความ ยากลำบาก เป็น บางครั้ง	ไม่มีความ ยากลำบาก	ไม่ทราบ ข้อมูล /ไม่ สามารถ ประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>
๙. การเข้าถึงแหล่งซื้อขายเครื่อง อุปโภค บริโภค หรือการใช้บริการ ต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น มีความยากลำบากในการ เดินทางหรือเข้าถึงร้านค้า ตลาด ห้างสรรพสินค้า ร้านยา หรือสถาน บริการที่จำเป็นต่อการดำรง ชีวิตประจำวันได้อย่างสะดวกและ ปลอดภัย หรืออื่นๆ	ไม่สามารถ ทำได้เลย	มีความ ยากลำบาก มาก	มีความ ยากลำบาก เป็น บางครั้ง	ไม่มีความ ยากลำบาก	ไม่ทราบ ข้อมูล /ไม่ สามารถ ประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>

ลงชื่อ _____

(.....)

ข้อ	ระดับความสามารถ/ตัวบ่งชี้คุณลักษณะ				
การทำงาน การเรียนรู้ และการพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ					
๑๐. โอกาสในการเข้าถึงหรือเลือกงาน/อาชีพ ที่เหมาะสม เช่น มีความยากลำบากในการเข้าถึงข้อมูลตำแหน่งงาน การสมัครงาน หรือการเลือกงาน/อาชีพที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและศักยภาพของตนเอง รวมถึงการได้รับโอกาสอย่างเท่าเทียม หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล / ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>
๑๑. การประกอบอาชีพ เช่น มีความยากลำบากในการปฏิบัติงาน การปรับตัวในสถานที่ทำงาน การใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่จำเป็น การเดินทางไปทำงาน หรือการรักษาความต่อเนื่องในการทำงานและสร้างรายได้ หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล / ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>
๑๒. การเรียนรู้ตลอดชีวิต หรือการฝึกอาชีพ เช่น มีความยากลำบากในการเข้าถึงโอกาสทางการศึกษา การเข้าร่วมอบรม สัมมนา หรือการฝึกอาชีพ เพื่อพัฒนาทักษะและเพิ่มโอกาสในการพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล / ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>
การมีส่วนร่วมในครอบครัว ชุมชน และสังคม					
๑๓. การมีบทบาทในครอบครัวหรือชุมชน เช่น มีความยากลำบากในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ในครอบครัวหรือชุมชน เช่น การเป็นหัวหน้าครอบครัว การดูแลสมาชิกในบ้าน การเข้าร่วมประชุมในชุมชน หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล / ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>

ลงชื่อ _____
(.....)

ข้อ	ระดับความสามารถ/ตัวบ่งชี้คุณลักษณะ				
๑๔. การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น มีความยากลำบากในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น งานเลี้ยง งานแต่งงาน งานประเพณี หรือกิจกรรมสังสรรค์ต่างๆ หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล / ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>
๑๕. การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น มีความยากลำบากในการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น การทำบุญ เข้าวัด ฟังธรรม ละหมาด หรือพิธีกรรมทางศาสนาอื่นๆ หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล / ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>
๑๖. การมีส่วนร่วมในองค์กรเครือข่าย หรือกลุ่มของคนพิการ/ชุมชน เช่น มีความยากลำบากในการเข้าร่วมกิจกรรมขององค์กรหรือกลุ่ม เช่น การประชุมกลุ่ม การทำกิจกรรมอาสาสมัคร การร่วมวางแผนหรือดำเนินโครงการ หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล / ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>
การเข้าถึงข้อมูล เทคโนโลยี และสื่อสาธารณะ					
๑๗. การใช้เทคโนโลยีหรือสื่อสาธารณะเพื่อมีส่วนร่วมในสังคม เช่น มีความยากลำบากในการใช้เทคโนโลยีหรือสื่อสาธารณะ เช่น โทรศัพท์มือถือ สื่อสังคมออนไลน์ การประชุมออนไลน์ การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อดิจิทัล เพื่อการสื่อสารหรือมีส่วนร่วมในสังคม หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล / ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>

ลงชื่อ _____
(.....)

ข้อ	ระดับความสามารถ/ตัวบ่งชี้คุณลักษณะ				
๑๘. การใช้เทคโนโลยีเพื่อรับบริการหรือทำธุรกรรมต่างๆ เช่น มีความยากลำบากในการใช้เทคโนโลยีเพื่อเข้าถึงบริการหรือทำธุรกรรม เช่น การลงทะเบียนรับสิทธิ การชำระเงินออนไลน์ การทำธุรกรรมทางธนาคาร หรือการใช้แอปพลิเคชันของหน่วยงานต่างๆ หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล/ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>
สิทธิ เสี่ยง ในการกำหนดสังคม					
๑๙. การเข้าร่วมกิจกรรมด้านการเมือง การแสดงออก หรือการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจของสังคม/ชุมชน เช่น มีความยากลำบากในการเข้าร่วมกิจกรรมทางการเมือง หรือกระบวนการมีส่วนร่วมของสังคม เช่น การไปใช้สิทธิเลือกตั้ง การเข้าร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็น การแสดงความคิดเห็นต่อหน่วยงานรัฐ หรือการมีส่วนร่วมในเวทีสาธารณะต่างๆ หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล/ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>
การพัฒนาศักยภาพและความก้าวหน้าในระยะยาว					
๒๐. การเข้าถึงโอกาสพัฒนาศักยภาพหรือความก้าวหน้าในชีวิตเท่าเทียมกับคนทั่วไป เช่น มีความยากลำบากในการเข้าถึงโอกาสในการพัฒนาตนเอง หรือสร้างความก้าวหน้าในชีวิต เช่น การเลื่อนตำแหน่ง การเข้ารับการอบรมพัฒนาทักษะ การได้รับทุนสนับสนุน หรือโอกาสในการแสดงศักยภาพอย่างเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป หรืออื่นๆ	ไม่สามารถทำได้เลย	มีความยากลำบากมาก	มีความยากลำบากเป็นบางครั้ง	ไม่มีความยากลำบาก	ไม่ทราบข้อมูล/ไม่สามารถประเมิน
	(๔) <input type="checkbox"/>	(๓) <input type="checkbox"/>	(๒) <input type="checkbox"/>	(๑) <input type="checkbox"/>	(๐) <input type="checkbox"/>

ลงชื่อ _____
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การให้ข้อมูลข้างต้น รวม หน้า เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า เพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัยความพิการตามกฎหมายหรือระเบียบ/ประกาศกำหนด และการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ที่ข้าพเจ้าให้ข้อมูลต่อไป

ขอรับรองว่าเป็นความจริง

.....
(.....)
ผู้รู้เห็นปัจจัยจำกัดของผู้เข้ารับการประเมิน

หมวดที่ ๓ สรุปผลการประเมินความพึงพอใจโดยเจ้าหน้าที่รับคำขอ

สรุปผลคะแนน ส่วนของผู้รู้เห็นปัจจัยจำกัดของผู้ใช้บริการประเมิน (ปก.๒) อย่างน้อย ๒ คน

ผู้รู้เห็นปัจจัยจำกัดท่านที่ ๑ (ชื่อ/นามสกุล))

<input type="checkbox"/> ข้อจำกัดในการเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม/ชุมชน (Social Participation)	<input type="checkbox"/> มี คะแนน
---	---

คะแนนรวม..... คิดเป็นร้อยละ

ผู้รู้เห็นปัจจัยจำกัดท่านที่ ๒ (ชื่อ/นามสกุล))

<input type="checkbox"/> ข้อจำกัดในการเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม/ชุมชน (Social Participation)	<input type="checkbox"/> มี คะแนน
---	---

คะแนนรวม..... คิดเป็นร้อยละ

คะแนนเฉลี่ยของผู้รู้เห็นปัจจัยจำกัดของผู้ใช้บริการประเมิน คะแนน

คิดเป็นร้อยละ (ได้ร้อยละ ๕๐ ขึ้นไปถือว่าผ่าน และมีสัดส่วน ๓๐ คะแนน)

ผ่าน ไม่ผ่าน

ลงชื่อ _____

(.....)

เจ้าหน้าที่รับคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ



แบบประเมินความพิการ

จากปัจจัยทางสังคมหรือพฤติกรรมแวดล้อม

เฉพาะบุคคลที่มีความบกพร่องของการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ได้แก่ ตา ใบหู ใบหน้า ศีรษะ นิ้วมือ
แขน ขา และลำตัว ที่เจ้าหน้าที่รับคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ มองเห็นได้อย่างชัดเจน
(สำหรับเจ้าหน้าที่รับคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ (ปก.๓))

วันที่ยื่นคำขอ เดือน พ.ศ.

หน่วยงานรับคำขอ จังหวัด
เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ
ตำแหน่ง ประเมินความพิการของ การเคลื่อนไหว ทางร่างกาย
รายละเอียดความบกพร่อง..... ซึ่งมองเห็นได้อย่างชัดเจน

ทำการประเมินความพิการจากปัจจัยทางสังคมหรือพฤติกรรมแวดล้อม ของผู้เข้ารับการประเมิน
(ตามแบบ ปก.๑)

- ๑) เลขประจำตัวประชาชน - - - -
- ๒) คำนำหน้านาม นาย นาง นางสาว อื่นๆ (ระบุ)
- ๓) ชื่อ ชื่อกลาง นามสกุล
Name Middle name Surname
- ๔) เกิดเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี เดือน
- ๕) ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่น ๆ (ระบุ)
- ๖) สถานภาพ โสด สมรสอยู่ด้วยกัน หม้าย อื่น ๆ (ระบุ)
- ๗) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย
ถนน หมู่บ้าน อำเภอ/เขต
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
- มือถือ โทรสาร email (ปก. ๒ - หน้า ๒)
- ๘) ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย
ถนน หมู่บ้าน อำเภอ/เขต
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
- มือถือ โทรสาร email

ลงชื่อ _____
(.....)

คำแนะนำในการทำแบบประเมิน

เป็นส่วนสำหรับบันทึกข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลให้คนพิการประสบความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยการสอบถาม/ซักประวัติ ทั้งด้านความคิด ความรู้สึก ทักษะ ทักษะ การปรับตัว และการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมที่อาจมีผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิต การมีส่วนร่วมในสังคม และการกำหนดแนวทางให้ความช่วยเหลือหรือการฟื้นฟูที่เหมาะสมกับสภาพของแต่ละบุคคล ประกอบด้วยปัจจัยด้านบุคคล (Personal Factors) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) โดยให้นำข้อมูลในส่วนนี้มาคิดรวมในการคำนวณคะแนน โดยกำหนดค่าน้ำหนักร้อยละ ๑๐ ของคะแนนรวมทั้งหมด ทั้งนี้ เพื่อสะท้อนสภาพแวดล้อมและปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้เข้ารับการประเมินอย่างรอบด้าน โดยขอให้ผู้เข้ารับการประเมิน ในช่องสี่เหลี่ยมหน้าคำตอบที่เลือก โดยสามารถเลือกตอบได้มากกว่า ๑ คำตอบ

ให้บันทึกปัจจัยที่มีความยากลำบาก ในแต่ละข้อ โดยในแต่ละข้อจะมีคะแนนสูงสุดอยู่ที่ ๕ คะแนน และแต่ละปัจจัยมีค่าน้ำหนัก ๑ คะแนน ดังตาราง

ปัจจัยที่มีความยากลำบากภายในข้อนั้น	คะแนนต่อข้อนั้น
๑ ข้อ	๑ คะแนน
๒ ข้อ	๒ คะแนน
๓ ข้อ	๓ คะแนน
๔ ข้อ	๔ คะแนน
๕ ข้อ	๕ คะแนน
๕ ข้อขึ้นไป	๕ คะแนน (เนื่องจากคะแนนสูงสุดอยู่ที่ ๕ คะแนน)

ตัวอย่าง

ปัจจัยด้านบุคคล (Personal Factors) ข้อที่ ๑ สภาพร่างกายและสุขภาพโดยรวมของตนเองในชีวิตประจำวัน มีปัจจัยที่มีความยากลำบากภายในข้อ ๒ ปัจจัย อิงตามตารางการให้คะแนน กำหนดคะแนนสูงสุดต่อข้ออยู่ที่ ๕ คะแนน ดังนั้นแม้จะมีความยากลำบาก ๒ ปัจจัย ก็จะได้ ๕ คะแนนในข้อนั้น เนื่องจากคะแนนสูงสุดอยู่ที่ ๕ คะแนน และทำอย่างนี้ต่อไปทุกข้อจนครบและทำการรวมคะแนนและถ่วงน้ำหนักเป็นร้อยละ ๑๐ ต่อไป

ข้าพเจ้ารับทราบเรื่องคำแนะนำในการทำแบบประเมิน ปก.๓

รับทราบ

ลงชื่อ _____
(.....)

ปัจจัยด้านบุคคล
(Personal Factors)

ในช่องสี่เหลี่ยมหน้าคำตอบที่เลือก โดยสามารถเลือกตอบได้มากกว่า ๑ คำตอบ

ชื่อ	บันทึกปัจจัยที่มีความยากลำบาก
๑. สภาพร่างกายและสุขภาพโดยรวมของตนเองในชีวิตประจำวัน	<input type="checkbox"/> มีโรคประจำตัวหรือภาวะทางร่างกายที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ร่างกายในชีวิตประจำวัน <input type="checkbox"/> มีข้อจำกัดในการใช้แขน ขา มือ นิ้วมือ หรืออวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกาย <input type="checkbox"/> มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวหรือการทรงตัว <input type="checkbox"/> มีอาการปวด เหนื่อยล้า ขา หรือไม่สบายร่างกายเมื่อใช้ร่างกาย <input type="checkbox"/> ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรง ความเร็ว หรือความต่อเนื่องของร่างกายได้ตามปกติ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้อย่างคล่องตัว และต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ <input type="checkbox"/> ต้องปรับเปลี่ยนท่าทางหรือวิธีการเคลื่อนไหวอยู่เสมอ มิฉะนั้นจะไม่สามารถทำกิจกรรมได้ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถทำกิจกรรมบางอย่างได้ หากปราศจากอุปกรณ์ช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากผู้อื่น <input type="checkbox"/> ไม่สามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้โดยลำพัง และจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นเป็นประจำ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ)
๒. ระดับพลังงาน ความอ่อนล้าหรือความเหนื่อยง่ายในการทำกิจกรรม	<input type="checkbox"/> มีภาวะอ่อนล้า เหนื่อยง่าย หรือพลังงานลดลงอย่างผิดปกติ <input type="checkbox"/> มีอาการเหนื่อยล้าทางร่างกายแม้ทำกิจกรรมเพียงระยะเวลาสั้น <input type="checkbox"/> มีอาการเหนื่อยล้าเมื่อทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรง การเคลื่อนไหวต่อเนื่อง หรือการใช้งานซ้ำ ๆ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถใช้ร่างกายทำกิจกรรมต่อเนื่องเป็นเวลานานได้ตามปกติ <input type="checkbox"/> จำเป็นต้องหยุดพักเป็นระยะ ๆ ระหว่างทำกิจกรรม มิฉะนั้นจะไม่สามารถดำเนินกิจกรรมต่อได้ <input type="checkbox"/> มีอาการล้า ปวดเมื่อย หรือไม่สบายร่างกายเกือบตลอดวัน <input type="checkbox"/> ความอ่อนล้าส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองหรือการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน <input type="checkbox"/> ความอ่อนล้าส่งผลกระทบต่อการทำงาน การศึกษา หรือการมีส่วนร่วมทางสังคม <input type="checkbox"/> ภาวะเหนื่อยล้าดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับโรคประจำตัวหรือภาวะทางร่างกายอื่น <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ) (ปก.๓)
๓. ความเจ็บปวด ความไม่สบายหรืออาการที่รบกวนการใช้ชีวิต	<input type="checkbox"/> มีอาการเจ็บปวดหรือความไม่สบายทางร่างกายอย่างต่อเนื่องหรือเป็นประจำ <input type="checkbox"/> มีอาการปวด ตึง ขา หรือไม่สบายบริเวณส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกาย <input type="checkbox"/> มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ข้อต่อ หรือกระดูก อันเนื่องมาจากการใช้งานหรือการปรับท่าทาง

ลงชื่อ _____
(.....)

ชื่อ	บันทึกปัจจัยที่มีความยากลำบาก
	<input type="checkbox"/> มีอาการตึงหรือเจ็บเมื่อมีการเคลื่อนไหว การทรงตัว หรือการใช้ร่างกายซ้ำ ๆ <input type="checkbox"/> จำเป็นต้องใช้ยา อุปกรณ์ช่วยเหลือ หรือเข้ารับการรักษาเพื่อบรรเทาอาการดังกล่าว <input type="checkbox"/> อาการเจ็บปวดหรือความไม่สบายส่งผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวัน <input type="checkbox"/> อาการเจ็บปวดหรือความไม่สบายส่งผลกระทบต่อพักผ่อน การนอนหลับ หรือสภาวะทางอารมณ์ <input type="checkbox"/> อาการเจ็บปวดหรือความไม่สบายส่งผลกระทบต่อการทำงาน การศึกษา หรือการมีส่วนร่วมทางสังคม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ)
๔. สภาพจิตใจ อารมณ์ และกำลังใจในการดำเนินชีวิต	<input type="checkbox"/> มีภาวะเครียด วิตกกังวล หรือท้อใจเป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> มีภาวะเครียด วิตกกังวล หรือท้อใจอย่างต่อเนื่องหรือเป็นประจำ <input type="checkbox"/> มีความรู้สึกเศร้า หมดกำลังใจ หรือสิ้นหวัง <input type="checkbox"/> ขาดแรงจูงใจหรือไม่ประสงค์จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน <input type="checkbox"/> มีความรู้สึกโดดเดี่ยว หรือขาดบุคคลให้การสนับสนุนทางจิตใจ <input type="checkbox"/> มีอารมณ์แปรปรวนหรือหงุดหงิดง่ายจนกระทบต่อการดำเนินชีวิต <input type="checkbox"/> สภาพจิตใจหรืออารมณ์เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองหรือการเคลื่อนไหว <input type="checkbox"/> สภาพจิตใจหรืออารมณ์เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน การศึกษา หรือการมีส่วนร่วมทางสังคม <input type="checkbox"/> เคยหรือกำลังได้รับการปรึกษา บำบัด หรือการดูแลด้านสุขภาพจิต <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ)
๕. ความสามารถในการปรับตัวและรับมือกับอุปสรรคที่เกิดขึ้น	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถจัดการอุปสรรคหรือปัญหาในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง <input type="checkbox"/> ไม่สามารถวางแผนหรือปรับวิธีการทำกิจกรรมให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายหรือข้อจำกัดของตน <input type="checkbox"/> มีความยากลำบากอย่างชัดเจนในการปรับตัวต่อความยากลำบากทางร่างกาย <input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการรับมือกับอุปสรรคหรือปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน <input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงหรือสถานการณ์ใหม่ในชีวิต <input type="checkbox"/> หลีกเลียงกิจกรรมบางอย่างเนื่องจากไม่สามารถรับมือกับความยากลำบากที่เกี่ยวข้องได้ <input type="checkbox"/> ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยหรือวิธีการเฉพาะเพื่อชดเชยข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต <input type="checkbox"/> ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้เมื่อประสบความยากลำบาก <input type="checkbox"/> ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการจัดการปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น <input type="checkbox"/> สามารถปรับตัวได้เพียงบางส่วน แต่ยังคงมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต

ลงชื่อ _____

(.....)

ชื่อ	บันทึกปัจจัยที่มีความยากลำบาก
	<input type="checkbox"/> จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุน คำแนะนำ หรือการช่วยเหลือเพิ่มเติมเพื่อลดความยากลำบาก <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ)
๖. ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสมเมื่อเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถระงับหรือสงบสติอารมณ์ได้เมื่อเกิดความเครียดหรือความขัดแย้ง <input type="checkbox"/> มีปัญหาในการควบคุมอารมณ์เป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> มีปัญหาในการควบคุมอารมณ์อย่างต่อเนื่องหรือเป็นประจำ <input type="checkbox"/> แสดงอารมณ์รุนแรงหรือหุนหันพลันแล่นเกินสมควรแก่สถานการณ์ <input type="checkbox"/> มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นหรือขาดการยั้งคิดก่อนการกระทำ <input type="checkbox"/> ควบคุมคำพูดหรือการแสดงออกไม่ได้เหมาะสมกับกาลเทศะหรือบริบท <input type="checkbox"/> หลีกเลี่ยง ถอนตัว หรือยุติกิจกรรมเมื่อเกิดอารมณ์ไม่พึงประสงค์ <input type="checkbox"/> อารมณ์หรือพฤติกรรมของตนเป็นอุปสรรคต่อความสัมพันธ์กับผู้อื่น <input type="checkbox"/> อารมณ์หรือพฤติกรรมของตนเป็นอุปสรรคต่อการทำงาน การศึกษา หรือการมีส่วนร่วมทางสังคม <input type="checkbox"/> จำเป็นต้องมีบุคคลอื่นช่วยเตือน ควบคุม หรือกำกับพฤติกรรมในบางสถานการณ์ <input type="checkbox"/> เคยหรือกำลังได้รับการปรึกษา บำบัด หรือการดูแลเกี่ยวกับการควบคุมอารมณ์หรือพฤติกรรม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ)
๗. ทศนคติของตนเองต่อความยากลำบากของตน	<input type="checkbox"/> มีทัศนคติเชิงลบต่อการดำเนินชีวิตหรือสภาพความเป็นอยู่ของตน <input type="checkbox"/> มองว่าความยากลำบากของตนเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการดำเนินชีวิต <input type="checkbox"/> รู้สึกว่าความยากลำบากทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามที่ประสงค์ <input type="checkbox"/> รู้สึกกังวลหรือขาดความมั่นใจเมื่อต้องเผชิญความยากลำบาก <input type="checkbox"/> รู้สึกท้อใจ หหมดกำลังใจ หรือสิ้นหวังเมื่อประสบความยากลำบาก <input type="checkbox"/> ไม่พยายามแสวงหาวิธีการหรือแนวทางในการรับมือกับความยากลำบากที่เกิดขึ้น <input type="checkbox"/> ยอมรับความยากลำบากของตนได้เพียงบางส่วน และยังคงมีผลกระทบต่อการทำงาน <input type="checkbox"/> หลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดความยากลำบาก <input type="checkbox"/> จำเป็นต้องได้รับความกำลังใจหรือการสนับสนุนเพิ่มเติมในการเผชิญความยากลำบาก <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ)
๘. ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน	<input type="checkbox"/> ขาดความรู้และความเข้าใจในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน <input type="checkbox"/> ขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับข้อจำกัดทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหวของตน <input type="checkbox"/> ขาดทักษะในการจัดการปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นใน

ลงชื่อ _____
 (.....)

	<p>ชีวิตประจำวัน</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่สามารถวางแผนหรือตัดสินใจเพื่อแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง</p>
ชื่อ	<p>บันทึกปัจจัยที่มีความยากลำบาก</p> <p><input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่สามารถใช้ทรัพยากรหรืออุปกรณ์ช่วยเหลือเพื่อลดความยากลำบากได้อย่างเหมาะสม</p> <p><input type="checkbox"/> มีความรู้หรือทักษะในการจัดการปัญหาได้เพียงบางส่วน แต่ยังคงมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต</p> <p><input type="checkbox"/> ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการตัดสินใจหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น</p> <p><input type="checkbox"/> จำเป็นต้องได้รับการแนะนำ การฝึกทักษะ หรือการสนับสนุนเพิ่มเติมในการจัดการปัญหา</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ)</p>
๙. การรับรู้คุณค่าในตนเองและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	<p><input type="checkbox"/> ขาดความมั่นใจในตนเองหรือไม่เห็นคุณค่าในตนเองอย่างเพียงพอ</p> <p><input type="checkbox"/> มีความรู้สึกที่แตกต่างจากผู้อื่นหรือไม่ได้รับการยอมรับ</p> <p><input type="checkbox"/> มีความรู้สึกโดดเดี่ยวหรือไม่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม</p> <p><input type="checkbox"/> รับรู้คุณค่าในตนเองได้เพียงบางส่วน แต่ยังคงมีความไม่มั่นคงทางความรู้สึก</p> <p><input type="checkbox"/> หลีกเลี่ยงการเข้าสังคมหรือการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นเนื่องจากความไม่มั่นใจ</p> <p><input type="checkbox"/> จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนหรือกำลังใจเพิ่มเติมเพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นและคุณค่าในตนเอง</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ)</p>
๑๐. เป้าหมาย ความคาดหวัง หรือความตั้งใจในการใช้ชีวิตต่อไป	<p><input type="checkbox"/> ไม่สามารถกำหนดเป้าหมายหรือทิศทางในการดำเนินชีวิตได้อย่างชัดเจน</p> <p><input type="checkbox"/> ขาดความหวังหรือความคาดหวังเชิงบวกต่อชีวิตในอนาคต</p> <p><input type="checkbox"/> มีเป้าหมายในชีวิตเพียงบางส่วน แต่ยังคงขาดความชัดเจนหรือความต่อเนื่อง</p> <p><input type="checkbox"/> รู้สึกไม่มั่นใจหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของตนเอง</p> <p><input type="checkbox"/> เห็นว่าข้อจำกัดหรือความยากลำบากของตนเป็นอุปสรรคต่อการบรรลุเป้าหมาย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ตั้งใจพัฒนาตนเองหรือฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพหรือการลดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มุ่งมั่นทำงาน ศึกษา หรือประกอบอาชีพตามศักยภาพของตน</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ประสงค์หรือหลีกเลี่ยงการมีส่วนร่วมในครอบครัว ชุมชน หรือสังคม</p> <p><input type="checkbox"/> จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนหรือคำแนะนำเพิ่มเติมในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนชีวิต</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ)</p>

ลงชื่อ _____
(.....)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม
(Environmental factors)

ในช่องสี่เหลี่ยมหน้าคำตอบที่เลือก โดยสามารถเลือกตอบได้มากกว่า ๑ คำตอบ

ข้อ	บันทึกปัจจัยที่มีความยากลำบาก
๑. ที่อยู่อาศัยและสภาพบ้าน	<input type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัยขาดความมั่นคง แข็งแรง หรือความปลอดภัยในระดับที่เหมาะสม <input type="checkbox"/> โครงสร้างภายในบ้าน เช่น บันไดหรือพื้นต่างระดับ เป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหว <input type="checkbox"/> พื้นภายในบ้านไม่เอื้อต่อการเคลื่อนไหวหรือการใช้รถเข็น/อุปกรณ์ช่วย <input type="checkbox"/> ทางเดินภายในบ้านคับแคบ มีสิ่งกีดขวาง หรือจัดวางไม่เหมาะสม <input type="checkbox"/> ห้องน้ำหรือพื้นที่สุขภัณฑ์ไม่เหมาะสมหรือมีข้อจำกัดต่อการใช้งาน <input type="checkbox"/> ขาดราวจับ ทางลาด หรืออุปกรณ์ช่วยที่จำเป็นภายในบ้าน <input type="checkbox"/> ขาดสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมสำหรับคนพิการ <input type="checkbox"/> แสงสว่างหรือการระบายอากาศไม่เพียงพอ <input type="checkbox"/> สภาพที่อยู่อาศัยเป็นอุปสรรคหรือก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน <input type="checkbox"/> จำเป็นต้องได้รับการปรับปรุง ดัดแปลง หรือสนับสนุนด้านที่อยู่อาศัยเพิ่มเติม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ)
๒. ความห่างและการเข้าถึงสถานพยาบาล	<input type="checkbox"/> สถานพยาบาลตั้งอยู่ห่างจากที่อยู่อาศัยในระยะทางที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ <input type="checkbox"/> การเดินทางไปสถานพยาบาลใช้เวลานานหรือมีความไม่สะดวกอย่างมีนัยสำคัญ <input type="checkbox"/> เส้นทางไปสถานพยาบาลมีสภาพไม่เหมาะสมหรือเป็นอุปสรรคต่อคนพิการด้านการเคลื่อนไหว <input type="checkbox"/> ขาดพาหนะที่เหมาะสมสำหรับการเดินทางไปสถานพยาบาล <input type="checkbox"/> ขาดผู้ช่วยหรือผู้ดูแลในการเดินทางไปสถานพยาบาลเมื่อมีความจำเป็น <input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการเข้ารับบริการทางการแพทย์หรือบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ <input type="checkbox"/> ข้อจำกัดด้านระยะทางหรือการเข้าถึงส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องของการรักษาหรือการฟื้นฟู <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ)

ลงชื่อ _____
(.....)

ข้อ	บันทึกปัจจัยที่มีความยากลำบาก
๓. การเดินทางและระบบขนส่ง	<input type="checkbox"/> ขาดพาหนะส่วนตัวหรือวิธีการเดินทางที่เหมาะสมกับสภาพความยากลำบาก <input type="checkbox"/> ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการเดินทางเป็นประจำ <input type="checkbox"/> ระบบขนส่งสาธารณะไม่สามารถใช้งานได้หรือไม่ครอบคลุมพื้นที่อยู่อาศัย <input type="checkbox"/> ระบบขนส่งสาธารณะไม่เอื้อต่อคนพิการด้านการเคลื่อนไหว <input type="checkbox"/> จุดขึ้น-ลงพาหนะมีสภาพไม่สะดวกหรือไม่ปลอดภัย <input type="checkbox"/> การเดินทางในชีวิตประจำวันมีความยากลำบากอย่างมีนัยสำคัญ <input type="checkbox"/> ข้อจำกัดด้านการเดินทางเป็นอุปสรรคต่อการทำงาน การศึกษา หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน <input type="checkbox"/> จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนหรือความช่วยเหลือเพิ่มเติมด้านการเดินทาง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ)
๔. การเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข	การมีและ การใช้สิทธิการรักษา <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> มีสิทธิการรักษาพยาบาล แต่ไม่สามารถใช้สิทธิได้อย่างสะดวกหรือเต็มที่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบหรือไม่เข้าใจสิทธิการรักษาพยาบาลของตนเอง <input type="checkbox"/> การใช้สิทธิการรักษาพยาบาลมีขั้นตอนยุ่งยากหรือเป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ) ความเพียงพอของสิทธิและบริการ <input type="checkbox"/> สิทธิการรักษาที่มีไม่เพียงพอต่อการรักษาหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ <input type="checkbox"/> สิทธิการรักษาที่มีครอบคลุมบริการไม่ครบถ้วนตามความจำเป็นทางการแพทย์ <input type="checkbox"/> มีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากสิทธิที่ได้รับ <input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลเป็นภาระทางเศรษฐกิจและส่งผลกระทบต่อเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่อง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ) การเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข <input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข <input type="checkbox"/> ไม่สามารถเข้ารับบริการด้านสาธารณสุขได้อย่างต่อเนื่องตามความจำเป็น <input type="checkbox"/> บริการหรือสถานพยาบาลไม่เอื้อต่อข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว <input type="checkbox"/> กระบวนการรับบริการมีข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาหรือการฟื้นฟู <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ)

ลงชื่อ _____
 (.....)

ชื่อ	บันทึกปัจจัยที่มีความยากลำบาก
	<p>ประเภทสิทธิการรักษาพยาบาล (บันทึกข้อมูลเท่านั้น-ไม่คิดคะแนน)</p> <input type="checkbox"/> สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง)
<p>๕. สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับความยากลำบาก</p>	<input type="checkbox"/> สถานที่สาธารณะหรือหน่วยงานที่จำเป็นต้องใช้บริการขาดสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสม
	<input type="checkbox"/> ขาดทางลาด ราวจับ ลิฟต์ หรือพื้นที่รองรับการเคลื่อนไหวในสถานที่สาธารณะ
	<input type="checkbox"/> ห้องน้ำสำหรับคนพิการในสถานที่สาธารณะไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสม
	<input type="checkbox"/> สิ่งอำนวยความสะดวกที่มีอยู่ไม่สามารถใช้งานได้จริงหรือไม่ปลอดภัย
	<input type="checkbox"/> ป้ายสัญลักษณ์หรือข้อมูลสำหรับคนพิการไม่ชัดเจนหรือไม่เพียงพอ
	<input type="checkbox"/> การขาดสิ่งอำนวยความสะดวกเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อราชการ การทำงาน การศึกษา หรือการมีส่วนร่วมทางสังคม
	<input type="checkbox"/> จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนหรือปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานที่สาธารณะเพิ่มเติม
	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ)
<p>๖. สภาพแวดล้อมในชุมชน</p>	<input type="checkbox"/> สภาพแวดล้อมในชุมชนไม่เอื้อต่อการดำเนินชีวิต
	<input type="checkbox"/> สภาพแวดล้อมในชุมชนขาดความปลอดภัยหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย
	<input type="checkbox"/> ทางเท้า ถนน หรือพื้นที่สาธารณะมีสภาพชำรุด ไม่เหมาะสม หรือเป็นอุปสรรคต่อการใช้งาน
	<input type="checkbox"/> พื้นที่สาธารณะในชุมชนขาดสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นสำหรับความยากลำบาก
	<input type="checkbox"/> การออกจากที่อยู่อาศัยเพื่อทำกิจกรรมในชุมชนมีความยากลำบากอย่างมีนัยสำคัญ
	<input type="checkbox"/> ข้อจำกัดของสภาพแวดล้อมในชุมชนเป็นอุปสรรคต่อการทำงาน การศึกษา หรือการมีส่วนร่วมทางสังคม
	<input type="checkbox"/> สภาพแวดล้อมในชุมชนส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันโดยรวม
	<input type="checkbox"/> จำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงหรือพัฒนาสภาพแวดล้อมในชุมชนเพิ่มเติม
	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ)
<p>๗. การสนับสนุนจากครอบครัว</p>	<input type="checkbox"/> ขาดการดูแลหรือการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ
	<input type="checkbox"/> ครอบครัวไม่เข้าใจสภาพความพิการหรือข้อจำกัดของตนอย่างเพียงพอ
	<input type="checkbox"/> ครอบครัวไม่ให้ความสนใจหรือการสนับสนุนทางจิตใจในการดำเนินชีวิต
	<input type="checkbox"/> ครอบครัวไม่ให้ความช่วยเหลือด้านการเดินทางหรือการทำ

ลงชื่อ _____

(.....)

ข้อ	บันทึกปัจจัยที่มีความยากลำบาก
	<p>กิจวัตรประจำวันตามความจำเป็น</p> <p><input type="checkbox"/> ครอบครัวมีข้อจำกัดด้านเวลา ทรัพยากร หรือศักยภาพในการให้การสนับสนุน</p> <p><input type="checkbox"/> ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต</p> <p><input type="checkbox"/> การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวก่อให้เกิดหรือเพิ่มระดับความยากลำบากในการดำรงชีวิต</p> <p><input type="checkbox"/> จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนหรือการช่วยเหลือจากครอบครัวเพิ่มเติม</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ)</p> <p>.....</p>
๘. การสนับสนุนจากชุมชนหรือเครือข่ายสังคม	<p><input type="checkbox"/> ขาดการช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากชุมชนอย่างสม่ำเสมอ</p> <p><input type="checkbox"/> ขาดการดูแลหรือความช่วยเหลือจากเครือข่ายสังคม เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน หรืออาสาสมัครสาธารณสุข</p> <p><input type="checkbox"/> ชุมชนหรือเครือข่ายสังคมขาดความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพความพิการหรือข้อจำกัดของตน</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการยอมรับหรือกำลังใจจากบุคคลในชุมชน</p> <p><input type="checkbox"/> ชุมชนหรือเครือข่ายสังคมมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรหรือศักยภาพในการให้การสนับสนุน</p> <p><input type="checkbox"/> รู้สึกโดดเดี่ยวหรือไม่เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน</p> <p><input type="checkbox"/> การขาดการสนับสนุนจากชุมชนหรือเครือข่ายสังคมเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต</p> <p><input type="checkbox"/> จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนหรือเสริมสร้างเครือข่ายทางสังคมเพิ่มเติม</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ)</p> <p>.....</p>
๙. การเข้าถึงข้อมูล ข่าวสาร และบริการภาครัฐ	<p><input type="checkbox"/> ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูล ข่าวสาร หรือบริการภาครัฐได้อย่างสะดวกหรือทันท่วงที</p> <p><input type="checkbox"/> ขาดข้อมูล ข่าวสาร หรือไม่ทราบสิทธิ สวัสดิการ และบริการที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ได้รับข้อมูลหรือการประชาสัมพันธ์จากหน่วยงานภาครัฐอย่างต่อเนื่อง</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่สามารถติดต่อหรือรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐได้ด้วยตนเอง</p> <p><input type="checkbox"/> ขั้นตอนหรือกระบวนการรับบริการภาครัฐมีความยุ่งยากหรือเป็นอุปสรรค</p> <p><input type="checkbox"/> ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการติดต่อ ประสานงาน หรือรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ</p> <p><input type="checkbox"/> ข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลหรือบริการภาครัฐส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต</p> <p><input type="checkbox"/> จำเป็นต้องได้รับข้อมูล คำแนะนำ หรือการสนับสนุนเพิ่มเติมจากหน่วยงานภาครัฐ</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ)</p> <p>.....</p>

ลงชื่อ _____
(.....)

ชื่อ	บันทึกปัจจัยที่มีความยากลำบาก
๑๐. ทักษะคิดและการยอมรับของ สังคมนรอบข้าง	<input type="checkbox"/> บุคคลรอบข้างมีทัศนคติในทางลบหรือไม่ยอมรับสภาพความ ยากลำบากของตน <input type="checkbox"/> บุคคลรอบข้างขาดความเข้าใจหรือความตระหนักเกี่ยวกับ ยากลำบาก <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับความเข้าใจ ความเคารพ หรือการปฏิบัติอย่างเหมาะสม จากสังคมนรอบข้าง <input type="checkbox"/> เคยได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม การตีตรา หรือการเลือกปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างเมื่อมีความจำเป็น <input type="checkbox"/> รู้สึกไม่มั่นใจ อึดอัด หรือไม่สามารถอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างปกติ <input type="checkbox"/> ทักษะคิดหรือการปฏิบัติของสังคมนรอบข้างเป็นอุปสรรคต่อการ ดำเนินชีวิต <input type="checkbox"/> จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมความเข้าใจและการยอมรับจากสังคม เพิ่มเติม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ)

ปัจจัยด้านบุคคล (Personal Factors)

รวม คะแนน

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม(Environmental factors)

รวม คะแนน

รวม คะแนน คิดเป็นร้อยละ

(ได้ร้อยละ ๕๐ ขึ้นไปถือว่าผ่าน และมีสัดส่วน ๑๐ คะแนน)

 ผ่าน ไม่ผ่าน

ลงชื่อ _____

(.....)

เจ้าหน้าที่รับคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ



แบบสรุปผลการประเมินความพิการ
จากปัจจัยทางสังคมหรือพฤติกรรมแวดล้อม

เฉพาะบุคคลที่มีความบกพร่องของการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ได้แก่ ตา ใบหู ใบหน้า ศีรษะ นิ้วมือ
แขน ขา และลำตัว ที่เจ้าหน้าที่รับคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ มองเห็นได้อย่างชัดเจน
ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่รับคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ (ปก.๔)

วันที่สรุปผลคะแนน เดือน พ.ศ.

หน่วยงานรับคำขอ จังหวัด

เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ

ตำแหน่ง ประเมินความพิการของ การเคลื่อนไหว ทางร่างกาย
รายละเอียดความบกพร่อง..... ซึ่งมองเห็นได้อย่างชัดเจน

ทำการสรุปผลการประเมินความพิการจากปัจจัยทางสังคมหรือพฤติกรรมแวดล้อม ของผู้เข้ารับการ
ประเมิน (ตามแบบ ปก.๑)

๑) เลขประจำตัวประชาชน - - - -

๒) คำนำหน้านาม นาย นาง นางสาว อื่นๆ (ระบุ)

๓) ชื่อ ชื่อกลาง นามสกุล

Name Middle name Surname

๔) เกิดเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี เดือน

๑. สรุปผลคะแนน ส่วนของผู้เข้ารับการประเมิน (ปก.๑)

<input type="checkbox"/> ข้อจำกัดในการเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม/ชุมชน (Social Participation)	<input type="checkbox"/> มี คะแนน
---	---

คะแนนรวม..... คิดเป็นร้อยละ

(ได้ร้อยละ ๖๐ ขึ้นไปถือว่าผ่าน และมีสัดส่วน ๖๐ คะแนน)

ผ่าน ไม่ผ่าน

ลงชื่อ

(.....)

๒. สรุปผลคะแนน ส่วนของผู้รู้เห็นปัจจัยจำกัดของผู้เข้ารับการประเมิน (ปก.๒) อย่างน้อย ๒ คน

ผู้รู้เห็นปัจจัยจำกัดท่านที่ ๑ (ชื่อ/นามสกุล

<input type="checkbox"/> ข้อจำกัดในการเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม/ชุมชน (Social Participation)	<input type="checkbox"/> มี คะแนน
---	---

คะแนนรวม..... คิดเป็นร้อยละ

ผู้รู้เห็นปัจจัยจำกัดท่านที่ ๒ (ชื่อ/นามสกุล

<input type="checkbox"/> ข้อจำกัดในการเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม/ชุมชน (Social Participation)	<input type="checkbox"/> มี คะแนน
---	---

คะแนนรวม..... คิดเป็นร้อยละ

คะแนนเฉลี่ยของผู้รู้เห็นปัจจัยจำกัดของผู้เข้ารับการประเมิน คะแนน

คิดเป็นร้อยละ (ได้ร้อยละ ๕๐ ขึ้นไปถือว่าผ่าน และมีสัดส่วน ๓๐ คะแนน)

ผ่าน ไม่ผ่าน

๓. สรุปผลคะแนน ส่วนข้อจำกัดในส่วนของเจ้าหน้าที่รับคำขอ หรือนักสังคมสงเคราะห์ ที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เข้ารับการประเมิน (ปก.๓)

<input type="checkbox"/> ข้อจำกัดในปัจจัยด้านบุคคล (Personal Factors)	<input type="checkbox"/> มี คะแนน
<input type="checkbox"/> ข้อจำกัดในปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental factors)	<input type="checkbox"/> มี คะแนน

คะแนนรวม..... คิดเป็นร้อยละ

(ได้ร้อยละ ๕๐ ขึ้นไปถือว่าผ่าน และมีสัดส่วน ๑๐ คะแนน)

ผ่าน ไม่ผ่าน

สรุปผลการประเมินตามแบบ (ปก.๑) (ปก.๒) (ปก.๓) คะแนนถ่วงน้ำหนักสามส่วนรวมกัน

คิดเป็นร้อยละ

(ร้อยละ ๗๐ ขึ้นไป หรืออย่างต่ำ ๗๐ คะแนนขึ้นไป ถือว่าผ่านเกณฑ์เสนอจดทะเบียนคนพิการ)

ผ่าน ไม่ผ่าน

ลงชื่อ

(.....)

จากการประเมินตามกรอบแนวคิด พบว่า ผู้เข้ารับการประเมิน

ไม่เข้าข่ายความพิการ

เนื่องจากไม่ผ่านเกณฑ์ในส่วน.....

เข้าข่ายความพิการ

เนื่องจากผ่านเกณฑ์ทั้งสามส่วนมี.....คะแนน คิดเป็นร้อยละ..... (ร้อยละ ๗๐ ขึ้นไป)

ในประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

กลุ่มย่อย ระบุ.....

บันทึกความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ซึ่งมีหน้าที่รับคำขอ

.....
.....
.....

ลงลายมือชื่อผู้จัดทำ

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

เจ้าหน้าที่รับคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ