**ผช. 1**

**แบบคำขอมีผู้ช่วยคนพิการ**

รูปถ่าย 1 นิ้ว / 2นิ้ว จำนวน 1 รูป

**ประจำจังหวัด ..............................................**

**ส่วนที่1 ข้อมูลคนพิการและครอบครัว**

วันที่สมัครขอรับบริการผู้ช่วยคนพิการ..........................................................

**1. ชื่อ สกุลคนพิการที่ขอรับบริการ**........................................................................................................................

วัน/เดือน/ปี เกิด..................... อายุ.........ปี เลขที่บัตรประจำประชาชน 🖵-🖵🖵🖵🖵-🖵🖵🖵🖵🖵-🖵🖵🖵

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่............ หมู่ที่......... หมู่บ้าน/อาคาร........................... ตรอก/ซอย.....................................ถนน................................. ตำบล/แขวง....................................... อำเภอ/เขต....................................... จังหวัด.................................... รหัสไปรษณีย์.................. โทรศัพท์บ้าน..................................... โทรศัพท์มือถือ................................ อีเมลล์ (ถ้ามี)....................................................................

**2.** **ชื่อ-สกุลผู้ที่ดูแลคนพิการ**.....................................................................................อายุ........ ปี เกี่ยวข้องโดยเป็น............................

**3. ผู้ที่สามารถติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน** ชื่อ สกุล...........................................................................เกี่ยวข้องโดยเป็น...............................

ที่อยู่ เลขที่......... หมู่ที่....... หมู่บ้าน/อาคาร/หน่วยงาน...................................... ตรอก/ซอย................................ถนน............................ ตำบล/แขวง....................................... อำเภอ/เขต....................................... จังหวัด.................................... รหัสไปรษณีย์.................. โทรศัพท์บ้าน..................................... โทรศัพท์มือถือ.................................. อีเมล (ถ้ามี)....................................................................

**4. สถานภาพปัจจุบัน**

1. การสมรส ❑โสด ❑แต่งงาน ❑หม้าย ❑แยกกันอยู่ โดย ❑ไม่มีบุตร ❑มีบุตร......... คน ❑อื่นๆ ระบุ............................

2. การศึกษา ❑กำลังศึกษา ❑ จบการศึกษา

 ระดับการศึกษา ❑ประถมศึกษา ❑มัธยมต้น ❑มัธยมปลาย ❑ปริญญาตรี ❑อื่นๆ ระบุ..............................

3. การประกอบอาชีพ ❑ไม่ได้ประกอบอาชีพ ❑กิจการส่วนตัว ❑รับจ้าง ❑อื่นๆ ระบุ................................................................

4. ที่อยู่ปัจจุบัน ❑บ้านพ่อแม่ ❑บ้านญาติ ❑บ้านตนเอง ❑บ้านเช่า ❑อื่นๆ ระบุ..................................................................

 อยู่ในบ้านหลังนี้ทั้งหมด...........คน ทำงาน/มีรายได้มี.............คน รายได้เฉลี่ยทั้งครอบครัว......................บาท/เดือน

5. การดูแลคนพิการ ❑ไม่มีผู้ดูแล ❑มีบางเวลา โปรดระบุช่วงเวลาที่มีคนดูแล............................... ❑มีผู้ดูแลและอาศัยอยู่กับผู้ดูแล

 กรณีมีผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ โดยเป็น.......................... ช่วยดูแลในเรื่องใดโปรดระบุรายละเอียด(ใครดูแล ช่วงเวลาใด ดูแลเรื่องอะไร)

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

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**5. สภาพความพิการ**

1. 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 ❑สมองพิการ(ซีพี.) ❑กล้ามเนื้ออ่อนแรง ❑แขน/ขาขาด ระบุ..............................

❑ลักษณะอื่นๆ โปรดระบุ........................................................................................................................

❑ใช้อุปกรณ์/เครื่องช่วยอื่นๆ โปรดระบุ.....................................................................................................

 ❑ 4. ทางจิต/พฤติกรรม ❑เป็นผู้ป่วยทางจิต ❑พฤติกรรม โปรดระบุ..................................................

 ❑ลักษณะอื่นๆ โปรดระบุ..........................................................................................................

 ❑บริการ/สื่อ/เครื่องช่วยที่ใช้อยู่ โปรดระบุ.................................................................................

-2-

❑ 5. ทางสติปัญญา ระดับความสามารถ ❑ ระดับ........................ ❑ ฝึกอาชีพได้ด้วยตนเอง ❑ ฝึกให้ช่วยตนเองไม่ได้ ต้องมีผู้ดูแล ❑อื่นๆโปรดระบุ.................................................

 ❑ 6. ทางการเรียนรู้ ปัญหาทางการเรียนรู้ ได้แก่ ❑การอ่าน ❑เขียน ❑การคำนวณ/คณิตศาสตร์ ❑การฟัง/การจับความ

 ❑อื่นๆ โปรดระบุ......................................................................................................................................

 รายละเอียด / ลักษณะความพิการอื่นๆ ที่พบ.................................................................................................................................

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

 ❑ 7. ทางออทิสติก ความบกพร่องทางพัฒนาการด้านสังคม ได้แก่ ❑ภาษาและการสื่อความหมาย ❑พฤติกรรมและอารมณ์

 ❑อื่นๆ โปรดระบุ......................................................................................................................................

 รายละเอียด / ลักษณะความพิการอื่นๆ ที่พบ.................................................................................................................................

**6. แผนที่ / จุดสังเกตหลัก**

รายละเอียดจุดสังเกตหลัก โปรดระบุรายละเอียด ได้แก่ ......................................................................................................................

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

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

แผนที่โดยสังเขป

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

**ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคนพิการ**

**ชื่อ…………..................................................นามสกุล……………………………………………………….**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ที่** | **กิจกรรม** | **ระดับความสามารถ/ตัวบ่งชี้คุณลักษณะ (Qualifier) (ก)** | **ค่าน้ำหนัก (ข)** | **คะแนน (ก)** | **ผลรวม****(กxข)** |
| 1 | การทำความสะอาดร่างกาย | ทำเองไม่ได้ ญาติช่วยหมด | ส่วนใหญ่ญาติ ทำให้เกือบทั้งหมด | ทำเองได้บ้าง ญาติต้องคอยสั่งให้ทำ | ทำเองบ้าง ญาติช่วยบ้าง | ทำเองได้ ไม่ต้องมีใครช่วย  | 4 |  |  |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |  |  |
| 2 | การแต่งกาย | ทำไม่ได้เลย ญาติทำให้ทั้งหมด | ส่วนใหญ่ญาติทำให้เกือบทั้งหมด  | แต่งกายพอได้ ญาติช่วยสวมให้เพราะอาจช้า ทำไม่ถูกหรือญาติต้องคอยสั่งให้ทำ | แต่งกายเองได้ ญาติช่วยเพียงเล็กน้อย | แต่งกายเองได้ ไม่ต้องมีใครช่วย | 4 |  |  |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |  |  |
| 3 | การดื่มน้ำ/ รินน้ำด้วยตนเอง | ทำไม่ได้เลย ญาติป้อน /รินน้ำให้ | ยกแก้วน้ำขึ้นดื่ม/รินเองเกือบไม่ได้ ญาติต้องเตรียมหลอดดูดให้ /รินให้ | ยกแก้วน้ำขึ้นดื่ม/รินเองพอได้ แต่อาจหกเลอะเทอะบ้าง ญาติคอยช่วยระวังอยู่ข้าง ๆ  | ญาติช่วยเลื่อนแก้วน้ำมาใกล้ ๆ แล้วคนพิการใช้สองมือประคองยกแก้วน้ำขึ้นดื่ม/รินเองได้ | ยกแก้วน้ำขึ้นดื่ม/รินเองได้ | 4 |  |  |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |  |  |
| 4 | การขับถ่ายปัสสาวะ | ทำเองไม่ได้ ให้ญาติช่วยหมดหรือใส่สายสวนปัสสาวะ | ขับถ่ายปัสสาวะเองได้ แต่ควบคุมไม่ได้ ส่วนใหญ่ญาติต้องทำความสะอาดให้เกือบทั้งหมด  | จัดการปัสสาวะและทำความสะอาดเองได้ แต่อาจจะ เลอเทอะ ญาติต้องคอยช่วยอยู่ข้าง ๆ | จัดการปัสสาวะและทำความสะอาดเองได้ แต่ญาติต้องช่วยบ้างเล็กน้อย | จัดการปัสสาวะและทำความสะอาดเองได้  | 4 |  |  |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |  |  |
| 5 | การขับถ่ายอุจจาระ  | ทำเองไม่ได้ ให้ญาติช่วยหมด หรือต้องสวนอุจจาระให้ | ขับถ่ายอุจจาระเองได้ แต่ควบคุมไม่ได้ ส่วนใหญ่ญาติต้องทำความสะอาดให้เกือบทั้งหมด | จัดการอุจจาระและทำความสะอาดเองได้ แต่อาจจะเลอะเทอะญาติต้องคอยช่วยอยู่ข้าง ๆ | จัดการอุจจาระและทำความสะอาดเองได้ แต่ญาติต้องช่วยบ้างเล็กน้อย | จัดการอุจจาระและทำความสะอาดเองได้  | 4 |  |  |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |  |  |

**- 2 -**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ที่** | **กิจกรรม** | **ระดับความสามารถ/ตัวบ่งชี้คุณลักษณะ (Qualifier) (ก)** | **ค่าน้ำหนัก (ข)** | **คะแนน (ก)** | **ผลรวม****(กxข)** |
| 6 | ***(ผู้หญิงกรุณาตอบข้อ6.1)******(ผู้ชายกรุณาตอบข้อ 6.2)***6.1 การดูแลตนเองเกี่ยวกับเรื่องประจำเดือน 6.2 การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น การโกนหนวด หรือการทำความสะอาดจุดซ่อนเร้น  | ทำเองไม่ได้ ญาติช่วยดูแลให้ทั้งหมด | ญาติต้องช่วยดูแลให้เกือบทั้งหมด | ญาติช่วยกำกับในการใส่ถอด | ดูแลได้ด้วยตัวเอง ไม่เลอะเทอะ ญาติช่วยบ้างเล็กน้อย | ดูแลจัดการได้ด้วยตัวเอง หรือ ผู้ถูกประเมินเป็นผู้ชาย หรือผู้หญิงที่หมดระดูแล้ว | 4 |  |  |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |  |  |
| 7 | การพลิกตัว จากท่านอนหงาย ⬄ นอนตะแคง | ทำเองไม่ได้ ต้องให้ญาติช่วยหมด | พอทำได้เล็กน้อย แต่ญาติต้องช่วยดูแลจัดท่าทางให้ เกือบทั้งหมด | พอทำได้ แต่ญาติต้องช่วยดูแลจัดท่าทางให้ หรือคอยช่วยอยู่ข้างๆ | พลิกตะแคงตัวเองได้ โดยญาติช่วยบ้างเล็กน้อย | พลิกตะแคงตัว เองได้ ไม่ต้องมีคนช่วย | 4 |  |  |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |  |  |
| 8 | การลุกขึ้นมานั่ง จากท่านอนลุกขึ้นมานั่งบนพื้น/เตียง | ทำเองไม่ได้ ต้องให้ญาติช่วยหมด | ญาติต้องช่วยดึงแขนให้ลุกขึ้นมานั่ง และคอยช่วยอยู่ข้างๆ | ญาติต้องช่วยดึงแขนให้ลุกขึ้นมานั่งจากนั้นคนพิการนั่งเองได้ | ลุกขึ้นมานั่งเองได้ โดยญาติช่วยบ้างเล็กน้อย | ลุกขึ้นมานั่งเองได้ ไม่ต้องมี คนช่วย | 4 |  |  |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |  |  |
| 9 | การลุกขึ้นมายืน จากท่านั่งบนเก้าอี้/เตียงหรือจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง | ทำไม่ได้เลย ต้องให้ญาติช่วยจับให้ลุกขึ้น | ลุกขึ้นยืนได้แต่ต้องมีที่ให้จับและให้ญาติช่วยเป็นอย่างมาก | ลุกขึ้นยืนได้แต่ต้องมีที่ให้จับและให้ญาติช่วยเล็กน้อย | ลุกขึ้นยืนได้เองแต่ต้องมีที่ให้จับเพื่อจะได้พยุงตัวให้ลุกขึ้นเองได้ | ลุกขึ้นยืนได้เอง ไม่ต้องมี คนช่วย | 4 |  |  |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |  |  |
| 10 | การเคลื่อนที่บนพื้นราบ  | ทำไม่ได้เลย  | เคลื่อนที่ได้บ้างเล็กน้อย แต่ต้องให้ญาติช่วยอย่างมาก | เคลื่อนที่บนพื้นราบได้ แต่ต้องมีคนช่วยบ้างเล็กน้อย | 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 |  |  |  |

**- 3 -**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ที่** | **กิจกรรม** | **ระดับความสามารถ/ตัวบ่งชี้คุณลักษณะ (Qualifier) (ก)** | **ค่าน้ำหนัก (ข)** | **คะแนน (ก)** | **ผลรวม****(กxข)** |
| 12 | การพูด/การสื่อสารบอกความต้องการ | ทำไม่ได้เลยเนื่องจากมีความพิการมาก | ทำได้บ้าง แต่ไม่ชัดเจน ต้องอาศัยญาติช่วยอย่างมาก | สื่อสาร/บอกความต้องการได้ แต่ต้องให้ญาติช่วยเท่านั้น | สื่อสาร/บอกความต้องการได้ แต่ต้องให้ญาติช่วยเป็นบางครั้ง | สามารถสื่อสาร/บอกความต้องการได้ปกติ ไม่ต้องมี คนช่วย | 4 |  |  |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |  |  |
| 13 | การฟัง/ความเข้าใจในการสื่อสารกับผู้อื่น | ทำไม่ได้เลยเนื่องจากมีความพิการมาก | ฟังได้บ้าง แต่ต้องอาศัยญาติช่วยในการทำความเข้าใจ | สามารถฟังและเข้าใจได้ แต่ต้องให้ญาติช่วยเท่านั้น | สามารถฟังและเข้าใจได้ แต่ต้องให้ญาติช่วยเป็นบางครั้ง | สามารถฟังและเข้าใจได้เป็นปกติไม่ต้องมีคนช่วย | 4 |  |  |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |  |  |
| 14 | การกินยา/ เตรียมยา | ทำเองไม่ได้เลย  | ทำได้เล็กน้อย แต่ต้องให้ญาติช่วยอย่างมาก | ทำได้ แต่ต้องให้ญาติช่วยบางขั้นตอน | ทำได้แต่ต้องให้ญาติช่วยกำกับดูแลอยู่ใกล้ ๆ  | ทำเองได้ ไม่ต้องมีคนช่วย | 4 |  |  |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |  |  |
| 15 | การเตรียมอาหาร | ทำเองไม่ได้เลย  | ทำได้เล็กน้อย แต่ต้องให้ญาติช่วยอย่างมาก | ทำได้ แต่ต้องให้ญาติช่วยบางขั้นตอน | ทำได้แต่ต้องให้ญาติช่วยกำกับดูแลอยู่ใกล้ ๆ  | ทำเองได้ ไม่ต้องมีคนช่วย | 4 |  |  |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |  |  |
| 16 | การรับประทานอาหาร | ทำเองไม่ได้เลย  | ทำได้เล็กน้อย แต่ต้องให้ญาติช่วยอย่างมาก | ทำได้ แต่ต้องให้ญาติช่วยบางขั้นตอน | ทำได้แต่ต้องให้ญาติช่วยกำกับดูแลอยู่ใกล้ ๆ  | ทำเองได้ ไม่ต้องมีคนช่วย | 4 |  |  |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |  |  |
| 17 | การล้างทำความสะอาดภาชนะใส่อาหาร | ทำเองไม่ได้เลย  | ทำได้เล็กน้อย แต่ต้องให้ญาติช่วยอย่างมาก | ทำได้ แต่ต้องให้ญาติช่วยบางขั้นตอน | ทำได้ แต่ต้องให้ญาติช่วยกำกับดูแลอยู่ใกล้ ๆ  | ทำเองได้ ไม่ต้องมีคนช่วย | 4 |  |  |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |  |  |
| 18 | การซักผ้า/รีดผ้า | ทำเองไม่ได้เลย  | ทำได้เล็กน้อย แต่ต้องให้ญาติช่วยอย่างมาก | ทำได้ แต่ต้องให้ญาติช่วยบางขั้นตอน | ทำได้ แต่ต้องให้ญาติช่วยกำกับดูแลอยู่ใกล้ ๆ  | ทำเองได้ ไม่ต้องมีคนช่วย | 4 |  |  |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |  |  |
| 19 | การทำความสะอาดที่พักอาศัย | ทำเองไม่ได้เลย  | ทำได้เล็กน้อย แต่ต้องให้ญาติช่วยอย่างมาก | ทำได้ แต่ต้องให้ญาติช่วยบางขั้นตอน | ทำได้ แต่ต้องให้ญาติช่วยกำกับดูแลอยู่ใกล้ ๆ  | ทำเองได้ ไม่ต้องมีคนช่วย | 4 |  |  |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |  |  |

 **- 4 -**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ที่** | **กิจกรรม** | **ระดับความสามารถ/ตัวบ่งชี้คุณลักษณะ (Qualifier) (ก)** | **ค่าน้ำหนัก (ข)** | **คะแนน (ก)** | **ผลรวม****(กxข)** |
| 20 | การออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน ตามการตัดสินใจของตนเอง | ไม่สามารทำได้เนื่องจากมีข้อจำกัดจากความพิการ | สามารถทำได้ แต่ต้องขอร้องหรือทำความเข้าใจกับญาติเป็นอย่างมาก | สามารถออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านได้ แต่ต้องให้ญาติว่างไปด้วยเท่านั้น | สามารถออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านได้ แต่ต้องมีคนไปด้วย | สามารถออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านเองได้ โดยไม่มีข้อจำกัด | 4 |  |  |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |  |  |
| 21 | การอยู่ตามลำพัง โดยไม่เกิดอันตราย | ไม่สามารทำได้เนื่องจากมีข้อจำกัดจากความพิการ | สามารถทำได้ ชั่วระยะเวลาสั้น ๆ แต่ต้องมีคนอยู่ใกล้ ๆ ตลอดเวลา | สามารถทำได้ ชั่วระยะเวลาหนึ่ง 1-3 ชั่วโมง แต่ต้องมีคนอยู่ในบ้านด้วย | สามารถอยู่บ้าน ตามลำพังได้ แต่ต้องให้ญาติเตรียมของชี่จำเป็นให้ | สามารถอยู่บ้านตามลำพังได้ โดยไม่มีข้อจำกัด | 5 |  |  |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |  |  |
| 22 | การทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่น | ทำร้ายตัวเอง75 – 100 %เมื่อไม่พอใจ | ทำร้ายตัวเอง50 – 75 %เมื่อไม่พอใจ | ทำร้ายตัวเอง25 – 50 %เมื่อไม่พอใจ | ทำร้ายตัวเอง0 – 25 %เมื่อไม่พอใจ | ไม่ทำร้ายตัวเอง | 5 |  |  |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |  |  |
| 23 | การมีอาการเกร็ง/ลมชัก  | เกร็ง/ชักทุกวันวันละไม่น้อยกว่า 2 ครั้ง | เกร็ง/ชักทุกวัน | เกร็ง/ชักสัปดาห์ละ 1 ครั้ง | เกร็ง/ชักเดือนละ 1 ครั้ง | ไม่มีอาการเกร็ง/ชัก | 5 |  |  |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |  |  |
| 24 | การไม่อยู่นิ่ง  | ไม่อยู่นิ่งตลอดเวลา | อยู่นิ่งได้นาน 5 นาที | อยู่นิ่งได้นาน 10นาที | อยู่นิ่งได้นาน 15นาที | อยู่นิ่งได้นาน 20 นาที | 5 |  |  |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |  |  |
| รวมคะแนน (กxข) | 100 |  |  |
| คิดเป็นร้อยละ  | …………% |

**หมายเหตุ \*\*\*การอยู่ตามลำพัง โดยไม่เกิดอันตราย หมายถึง**

**1. การไว้วางใจคนแปลกหน้า (การตัดสินใจไว้วางใจผู้อื่นที่ไม่ใช่คนในครอบครัว) 2. การหยิบของใส่ปาก**

**3. การปฏิบัติตัวเมื่อเห็นเปลวไฟลุกไหม้หรือเห็นวัสดุที่ทำให้เกิดเปลวไฟ 4. การปฏิบัติตัวเมื่อเห็นแหล่งน้ำ**

**5. การปีนป่าย /การไม่อยู่นิ่ง 6. การเล่นของมีคม**

**7. การขว้างปาข้าวของ**

 **- 5 -**

**\*\*\* 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 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 | กิจวัตรที่สำคัญในการดำรงชีวิต/กิจกรรม | ความต้องการใช้ PA | หมายเหตุ |
| ไม่ต้องการ | ต้องการ | เวลา/ครั้ง | กี่ครั้ง/เดือน |
|  | อาบน้ำ - เช็ดตัว |  |  |  |  |
|  | แปรงฟัน – บ้วนปาก |  |  |  |  |
|  | ล้างหน้า – เช็ดหน้า |  |  |  |  |
|  | ล้างมือ – เช็ดมือ |  |  |  |  |
|  | สระผม – เช็ดผม  |  |  |  |  |
|  | หวีผม – ทำผม |  |  |  |  |
|  | โกนหนวด |  |  |  |  |
|  | ดูแลการขับถ่ายปัสสาวะ |  |  |  |  |
|  | ดูแลการขับถ่ายอุจจาระ |  |  |  |  |
|  | ทำความสะอาดหลังขับถ่าย |  |  |  |  |
|  | สวมใส่ – ถอดเปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูป |  |  |  |  |
|  | ใส่เสื้อ |  |  |  |  |
|  | ใส่กางเกง/กระโปรง |  |  |  |  |
|  | ใส่ถุงเท้า |  |  |  |  |
|  | ใส่รองเท้า |  |  |  |  |
|  | ถอดเสื้อ |  |  |  |  |
|  | ถอดกางเกง/กระโปรง |  |  |  |  |
|  | ถอดถุงเท้า |  |  |  |  |
|  | ถอดรองเท้า |  |  |  |  |
|  | การถอดใส่กายอุปกรณ์ – เครื่องช่วยความพิการ |  |  |  |  |
|  | การจัดท่าทางในการนอน |  |  |  |  |
|  | การพลิกตะแคงตัว |  |  |  |  |
|  | การลุกขึ้นนั่ง |  |  |  |  |
|  | การลุกขึ้นยืน |  |  |  |  |
|  | การขึ้น-ลงบันได |  |  |  |  |
|  | การหยิบจับสิ่งของใช้ส่วนตัว |  |  |  |  |
|  | การทำความสะอาดที่พักอาศัย |  |  |  |  |
|  | การซักผ้า |  |  |  |  |
|  | การรีดผ้า |  |  |  |  |
|  | การจัดเตรียมอาหาร – น้ำดื่ม |  |  |  |  |
|  | การอุ่น – จัดเก็บอาหาร |  |  |  |  |
|  | การล้างทำความสะอาดภาชนะใส่อาหาร |  |  |  |  |

-2-

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | กิจวัตรที่สำคัญในการดำรงชีวิต/กิจกรรม | ความต้องการใช้ PA | หมายเหตุ | ลำดับ | กิจวัตรที่สำคัญในการดำรงชีวิต/กิจกรรม |
|  | ดื่มน้ำ / รินน้ำ |  |  |  |  |
|  | รับทานอาหาร |  |  |  |  |
|  | รับทานยา |  |  |  |  |
|  | ช่วยสื่อสาร/บอกความต้องการ |  |  |  |  |
|  | ช่วยอยู่เป็นเพื่อนในบางเวลา |  |  |  |  |
|  | ช่วยพากลับบ้านในเวลาที่ญาติไม่อยู่ |  |  |  |  |
|  | ช่วยพาออกไปทำกิจกรรมภายนอกบ้าน |  |  |  |  |
|  | ช่วยพาไปพบแพทย์ตามนัด |  |  |  |  |
|  | ช่วยพาไปเรียนหนังสือ/ไปสอบ |  |  |  |  |
|  | ช่วยพาไปติดต่อนัดหมายกับหน่วยงานต่าง ๆ |  |  |  |  |
|  | ช่วยพาไปร่วมกิจกรรมในชุมชน/ท้องถิ่น |  |  |  |  |
|  | ....ฯลฯ.... |  |  |  |  |

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

 ลงชื่อคนพิการ/ ผู้ดูแลคนพิการ ....................................................................... (.........................................................................)

 วันที่ .................. เดือน ............................ พ.ศ. .....................

 **รายงานการสอบสภาพครอบครัวและข้อเท็จจริง ตามคำขอมีผู้ช่วยคนพิการ**

**(สำหรับเจ้าหน้าที่)**

**สภาพครอบครัวและข้อเท็จจริง**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**หมายเหตุ แนบภาพประกอบ (ถ้ามี)**

**ความเห็นเบื้องต้นของเจ้าหน้าที่**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

ลงชื่อ………………………………………เจ้าหน้าที่

 (…………………………………….) วันที่……เดือน……………..พ.ศ…………