

แบบคำขอมีผู้ช่วยคนพิการ

ประจำจังหวัด.....

รูปถ่าย
1 นิ้ว / 2 นิ้ว
จำนวน 1 รูป

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคนพิการและครอบครัว

1. คำนำหน้า ชื่อ สกุล คนพิการที่ขอรับบริการ.....

วัน/เดือน/ปี(เกิด)..... อายุ..... ปี เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... ตรอก/ซอย.....

ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล (ถ้ามี).....

2. คำนำหน้า ชื่อ สกุล ผู้ดูแลคนพิการ..... อายุ..... ปี

เกี่ยวข้องโดยเป็น.....

3. ผู้ที่สามารถติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน คำนำหน้า ชื่อ สกุล.....

เกี่ยวข้องโดยเป็น..... ที่อยู่ เลขที่..... หมู่ที่.....

หมู่บ้าน/อาคาร/หน่วยงาน..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

อีเมล (ถ้ามี).....

4. สถานภาพปัจจุบันของคนพิการ

1. การสมรส (1) โสด แต่งงาน หม้าย แยกกันอยู่ อื่น ๆ ระบุ.....(2) ไม่มีบุตร มีบุตร.....คน2. การศึกษา กำลังศึกษา จบการศึกษาระดับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา มัธยมศึกษา ปริญญาตรี อื่น ๆ ระบุ.....3. การประกอบอาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ กิจการส่วนตัว รับจ้าง อื่น ๆ ระบุ.....4. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านพ่อแม่ บ้านญาติ บ้านตนเอง บ้านเช่า อื่น ๆ ระบุ.....

อยู่ในบ้านหลังนี้ทั้งหมด.....คน ทำงาน/มีรายได้มี.....คน

รายได้เฉลี่ยทั้งครอบครัว.....บาท/เดือน

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

กรณีมีผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ โดยเป็น..... ช่วยดูแลในเรื่องใด โปรดระบุรายละเอียด (ใครดูแล

ช่วงเวลาใด ดูแลเรื่องอะไร).....

5. สภาพความพิการ

1. ประเภทความพิการ โปรดระบุประเภทและปัจจุบันมีสภาพความพิการเป็นอย่างไร ใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยอะไรบ้าง
- 1. ทางการเห็น ตาบอดทั้ง 2 ข้าง ไม่ได้ใช้ไม้เท้าขาว/อุปกรณ์เครื่องช่วยใด ๆ ใช้ไม้เท้าขาว ใช้อุปกรณ์อื่น ๆ โปรดระบุ.....
 - 2. ทางการได้ยิน หูหนวกทั้ง 2 ข้าง ลักษณะอื่น ๆ โปรดระบุ.....
 มีการใช้บริการล่าม/อุปกรณ์เครื่องที่จำเป็น โปรดระบุรายละเอียด.....
 - 3. ทางเคลื่อนไหว อัมพาต อัมพฤกษ์ สมอพิการ(ซีพี.) กล้ามเนื้ออ่อนแรง แขน/ขาขาด ระบุ.....
 ลักษณะอื่น ๆ โปรดระบุ.....
 ใช้อุปกรณ์/เครื่องช่วยอื่น ๆ โปรดระบุ.....
 - 4. ทางจิต/พฤติกรรม เป็นผู้ป่วยทางจิต พฤติกรรม โปรดระบุ.....
 ลักษณะอื่น ๆ โปรดระบุ.....
 บริการ/สื่อ/เครื่องช่วยที่ใช้อยู่ โปรดระบุ.....
 - 5. ทางสติปัญญา ระดับความสามารถ ระดับ..... ฝึกอาชีพได้ด้วยตนเอง.....
 ฝึกให้ช่วยตนเองไม่ได้ ต้องมีผู้ดูแล อื่น ๆ โปรดระบุ.....
 - 6. ทางการเรียนรู้ ปัญหาทางการเรียนรู้ ได้แก่ การอ่าน เขียน การคำนวณ/คณิตศาสตร์
 การฟัง/การจับความ อื่น ๆ โปรดระบุ.....
รายละเอียด / ลักษณะความพิการอื่น ๆ ที่พบ.....
 - 7. ทางออทิสติก ความบกพร่องทางพัฒนาการด้านสังคม ได้แก่ ภาษาและการสื่อความหมาย
 พฤติกรรมและอารมณ์ อื่น ๆ โปรดระบุ.....
รายละเอียด / ลักษณะความพิการอื่น ๆ ที่พบ.....

6. แผนที่/จุดสังเกตหลัก

รายละเอียดจุดสังเกตหลัก โปรดระบุรายละเอียด ได้แก่

.....

.....

แผนที่โดยสังเขป

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคนพิการ

ชื่อ.....นามสกุล.....

ที่	กิจกรรม	ระดับความสามารถ/ตัวบ่งชี้คุณลักษณะ (Qualifier)					ค่าน้ำหนัก (ข)	คะแนน (ก)	ผลรวม (กxข)
		(ก)							
1	การทำความสะอาดร่างกาย	ทำเองไม่ได้ ญาติช่วยหมด	ส่วนใหญ่ญาติ ทำให้เกือบ ทั้งหมด	ทำเองได้บ้าง ญาติต้องคอย สั่งให้ทำ	ทำเองบ้าง ญาติช่วยบ้าง	ทำเองได้ ไม่ต้อง มีใครช่วย	4		
		4	3	2	1	0			
2	การแต่งกาย	ทำไม่ได้เลย ญาติทำให้ ทั้งหมด	ส่วนใหญ่ญาติ ทำให้เกือบ ทั้งหมด	แต่งกายพอได้ ญาติช่วยสวม ให้เพราะอาจ ช้า ทำไม่ถูก หรือญาติต้อง คอยสั่งให้ทำ	แต่งกายเองได้ ญาติช่วยเพียง เล็กน้อย	แต่งกายเองได้ ไม่ต้อง มีใครช่วย	4		
		4	3	2	1	0			
3	การดื่ม/รินน้ำ ด้วยตนเอง	ทำไม่ได้เลย ญาติป้อน/ รินน้ำให้	ยกแก้วน้ำ ขึ้นดื่ม/รินเอง เกือบไม่ได้ ญาติต้อง เตรียมหลอด ดูดให้/รินให้	ยกแก้วน้ำ ขึ้นดื่ม/รินเอง พอได้ แต่อาจ หก เลอะเทอะบ้าง ญาติคอยช่วย ระวังอยู่ข้างๆ	ญาติช่วย เลื่อนแก้วน้ำ มาใกล้ ๆ แล้วคนพิการ ใช้สองมือ ประคองยก แก้วน้ำขึ้น ดื่ม/รินเองได้	ยกแก้วน้ำขึ้น ดื่ม/รินเองได้	4		
		4	3	2	1	0			
4	การขับถ่าย ปัสสาวะ	ทำเองไม่ได้ ให้ญาติช่วยหมด หรือใส่สายสวน ปัสสาวะ	ขับถ่าย ปัสสาวะเองได้ แต่ควบคุม ไม่ได้ ส่วนใหญ่ ญาติต้องทำ ความสะอาด ให้เกือบ ทั้งหมด	จัดการ ปัสสาวะและ ทำความสะอาด สะอาดเองได้ แต่อาจจะ เลอะเทอะ ญาติต้องคอย ช่วยอยู่ข้างๆ	จัดการ ปัสสาวะและ ทำความสะอาด สะอาดเองได้ แต่ญาติ ต้องช่วยบ้าง เล็กน้อย	จัดการปัสสาวะ และทำความสะอาด สะอาดเองได้	4		
		4	3	2	1	0			
5	การขับถ่าย อุจจาระ	ทำเองไม่ได้ ให้ ญาติช่วยหมด หรือต้องสวน อุจจาระให้	ขับถ่ายอุจจาระ เองได้ แต่ ควบคุมไม่ได้ ส่วนใหญ่ญาติ ต้องทำความสะอาด สะอาดให้ เกือบทั้งหมด	จัดการอุจจาระ และทำความสะอาด สะอาดเองได้ แต่อาจจะ เลอะเทอะ ญาติต้องคอย ช่วยอยู่ข้างๆ	จัดการ อุจจาระและ ทำความสะอาด สะอาดเองได้ แต่ญาติต้อง ช่วยบ้าง เล็กน้อย	จัดการอุจจาระ และทำความสะอาด สะอาดเองได้	4		
		4	3	2	1	0			

ที่	กิจกรรม	ระดับความสามารถ/ตัวบ่งชี้คุณลักษณะ (Qualifier)					ค่าน้ำหนัก (ข)	คะแนน (ก)	ผลรวม (กxข)
		(ก)							
6	(ผู้หญิงกรุณา ตอบข้อ6.1) (ผู้ชายกรุณา ตอบข้อ 6.2) 6.1 การดูแล ตนเองเกี่ยวกับ เรื่องประจำเดือน 6.2 การดูแล สุขอนามัยส่วน บุคคล เช่น การ โกนหนวด หรือ การทำความสะอาด จุดซ่อนเร้น	ทำเองไม่ได้ ญาติช่วยดูแล ให้ทั้งหมด	ญาติต้อง ช่วยดูแล ให้เกือบ ทั้งหมด	ญาติช่วย กำกับ ในการ ใส่ถอด	ดูแลได้ ด้วยตัวเอง ไม่เลอะเทอะ ญาติช่วยบ้าง เล็กน้อย	ดูแลจัดการ ได้ด้วยตัวเอง หรือ ผู้ถูก ประเมิน เป็นผู้ชาย หรือ ผู้หญิง ที่หมดระดูแล้ว	4		
		4	3	2	1	0			
7	การพลิกตัวจาก ท่านอนหงาย ↔ นอนตะแคง	ทำเองไม่ได้ ต้องให้ญาติ ช่วยหมด	พอทำได้ เล็กน้อย แต่ญาติ ต้องช่วยดูแล จัดทำทางให้ เกือบทั้งหมด	พอทำได้ แต่ญาติต้อง ช่วยดูแล จัดทำทางให้ หรือคอยช่วย อยู่ข้าง ๆ	พลิกตะแคง ตัวเองได้ โดย ญาติ ช่วยบ้าง เล็กน้อย	พลิกตะแคง ตัวเองได้ ไม่ต้อง มีคนช่วย	4		
		4	3	2	1	0			
8	การลุกขึ้นมานั่ง จากท่านอน ลุกขึ้นมานั่งบน พื้น/เตียง	ทำเองไม่ได้ ต้องให้ญาติ ช่วยหมด	ญาติต้องช่วย ดึงแขนให้ ลุกขึ้นมานั่ง และคอยช่วย อยู่ข้าง ๆ	ญาติต้องช่วย ดึงแขนให้ลุก ขึ้นมานั่ง จากนั้นคนพิการ นั่งเองได้	ลุกขึ้นมา นั่งเองได้ โดย ญาติ ช่วยบ้าง เล็กน้อย	ลุกขึ้นมา นั่งเองได้ ไม่ต้อง มีคนช่วย	4		
		4	3	2	1	0			
9	การลุกขึ้นมายืน จากท่านั่ง บนเก้าอี้/เตียง หรือจากที่หนึ่ง ไปยังอีกที่หนึ่ง	ทำไม่ได้เลย ต้องให้ญาติช่วย จับ ให้ลุกขึ้น	ลุกขึ้นยืนได้ แต่ต้องมีที่ ให้จับและ ให้ญาติช่วย เป็นอย่างมาก	ลุกขึ้นยืนได้ แต่ต้องมีที่ ให้จับและ ให้ญาติช่วย เล็กน้อย	ลุกขึ้นยืน ได้เองแต่ต้อง มีที่ให้จับเพื่อ จะได้พยุงตัว ให้ลุกขึ้นเองได้	ลุกขึ้นยืน ได้เอง ไม่ต้อง มีคนช่วย	4		
		4	3	2	1	0			
10	การเคลื่อนที่บน พื้นราบ	ทำไม่ได้เลย	เคลื่อนที่ ได้บ้างเล็กน้อย แต่ต้อง ให้ญาติ ช่วยอย่างมาก	เคลื่อนที่ บนพื้นราบได้ แต่ต้องมีคนช่วย บ้างเล็กน้อย	เคลื่อนที่ บนพื้นราบได้ แต่ต้อง มีคนคอยดู ห่าง ๆ	เคลื่อนที่ บนพื้นราบได้ ไม่ต้อง มีคนช่วย	4		
		4	3	2	1	0			
11	การเคลื่อนที่ บนพื้นที่ต่าง ระดับ	ทำไม่ได้เลย	เคลื่อนที่ได้ บ้างเล็กน้อย แต่ต้องให้ ญาติช่วย อย่างมาก	เคลื่อนที่ ที่ต่างระดับได้ แต่ต้องมีคน ช่วยบ้าง เล็กน้อย	เคลื่อนที่ ที่ต่างระดับได้ แต่ต้องมี คนคอยดู ห่าง ๆ	เคลื่อนที่ ที่ต่างระดับได้ ไม่ต้อง มีคนช่วย	4		
		4	3	2	1	0			

ที่	กิจกรรม	ระดับความสามารถ/ตัวบ่งชี้คุณลักษณะ (Qualifier)					ค่าน้ำหนัก (ข)	คะแนน (ก)	ผลรวม (กxข)
		(ก)							
12	การพูด/ การสื่อสารบอก ความต้องการ	ทำไม่ได้เลย เนื่องจาก มีความพิการ มาก	ทำได้บ้าง แต่ไม่ชัดเจน ต้องอาศัย ญาติช่วย อย่างมาก	สื่อสาร/ บอกความ ต้องการได้ แต่ต้องให้ ญาติช่วย เท่านั้น	สื่อสาร/ บอกความ ต้องการได้ แต่ต้องให้ญาติ ช่วยเป็น บางครั้ง	สามารถ สื่อสาร/ บอกความ ต้องการได้ ปกติ ไม่ต้อง มีคนช่วย	4		
		4	3	2	1	0			
13	การฟัง/ความ เข้าใจในการ สื่อสารกับผู้อื่น	ทำไม่ได้เลย เนื่องจาก มีความพิการ มาก	ฟังได้บ้าง แต่ต้องอาศัย ญาติช่วย ในการทำ ความเข้าใจ	สามารถฟัง และเข้าใจได้ แต่ต้องให้ ญาติช่วย เท่านั้น	สามารถฟัง และเข้าใจได้ แต่ต้องให้ ญาติช่วยเป็น บางครั้ง	สามารถฟัง และเข้าใจได้ เป็นปกติ ไม่ต้อง มีคนช่วย	4		
		4	3	2	1	0			
14	การกินยา/ เตรียมยา	ทำเอง ไม่ได้เลย	ทำได้เล็กน้อย แต่ต้องให้ ญาติช่วย อย่างมาก	ทำได้ แต่ต้องให้ ญาติช่วย บางขั้นตอน	ทำได้ แต่ต้องให้ ญาติช่วย กำกับดูแล อยู่ใกล้ ๆ	ทำเองได้ ไม่ต้อง มีคนช่วย	4		
		4	3	2	1	0			
15	การเตรียม อาหาร	ทำเอง ไม่ได้เลย	ทำได้เล็กน้อย แต่ต้องให้ ญาติช่วย อย่างมาก	ทำได้ แต่ต้องให้ ญาติช่วย บางขั้นตอน	ทำได้ แต่ต้องให้ ญาติช่วย กำกับดูแล อยู่ใกล้ ๆ	ทำเองได้ ไม่ต้อง มีคนช่วย	4		
		4	3	2	1	0			
16	การรับประทาน อาหาร	ทำเอง ไม่ได้เลย	ทำได้เล็กน้อย แต่ต้อง ให้ญาติช่วย อย่างมาก	ทำได้ แต่ต้องให้ ญาติช่วย บางขั้นตอน	ทำได้ แต่ต้องให้ ญาติช่วย กำกับดูแล อยู่ใกล้ ๆ	ทำเองได้ ไม่ต้อง มีคนช่วย	4		
		4	3	2	1	0			
17	การล้าง ทำความสะอาด ภาชนะ ใส่อาหาร	ทำเอง ไม่ได้เลย	ทำได้เล็กน้อย แต่ต้องให้ ญาติช่วย อย่างมาก	ทำได้ แต่ต้องให้ ญาติช่วย บางขั้นตอน	ทำได้ แต่ต้องให้ ญาติช่วย กำกับดูแล อยู่ใกล้ ๆ	ทำเองได้ ไม่ต้อง มีคนช่วย	4		
		4	3	2	1	0			
18	การซักผ้า/รีดผ้า	ทำเอง ไม่ได้เลย	ทำได้ เล็กน้อย แต่ต้องให้ ญาติช่วย อย่างมาก	ทำได้ แต่ต้องให้ ญาติช่วย บางขั้นตอน	ทำได้ แต่ต้องให้ ญาติช่วย กำกับดูแล อยู่ใกล้ ๆ	ทำเองได้ ไม่ต้อง มีคนช่วย	4		
		4	3	2	1	0			

ที่	กิจกรรม	ระดับความสามารถ/ตัวบ่งชี้คุณลักษณะ (Qualifier)					ค่าน้ำหนัก (ข)	คะแนน (ก)	ผลรวม (กxข)
		(ก)							
19	การทำความสะดวกที่พักอาศัย	ทำเองไม่ได้เลย	ทำได้เล็กน้อย แต่ต้องให้ญาติช่วยอย่างมาก	ทำได้ แต่ต้องให้ญาติช่วย บางขั้นตอน	ทำได้ แต่ต้องให้ญาติช่วย กำกับดูแล อยู่ใกล้ ๆ	ทำเองได้ ไม่ต้องมีคนช่วย	4		
		4	3	2	1	0			
20	การออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน ตามการตัดสินใจของตนเอง	ไม่สามารถทำได้เนื่องจากมีข้อจำกัดจากความพิการ	สามารถทำได้ แต่ต้องขอรับรองหรือทำความเข้าใจกับญาติ เป็นอย่างมาก	สามารถออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านได้ แต่ต้องให้ญาติ วางไปด้วย เท่านั้น	สามารถออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านได้ แต่ต้องมีคนไปด้วย	สามารถออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านเองได้ โดยไม่มีข้อจำกัด	4		
		4	3	2	1	0			
21	การอยู่ตามลำพัง โดยไม่เกิดอันตราย	ไม่สามารถทำได้เนื่องจากมีข้อจำกัดจากความพิการ	สามารถทำได้ ช่วงระยะเวลาสั้น ๆ แต่ต้องมีคน อยู่ใกล้ ๆ ตลอดเวลา	สามารถทำได้ ช่วงระยะเวลาหนึ่ง 1 - 3 ชั่วโมง แต่ต้องมีคนอยู่ในบ้านด้วย	สามารถอยู่บ้านตามลำพังได้ แต่ต้องให้ญาติเตรียมของใช้จำเป็นให้	สามารถอยู่บ้านตามลำพังได้ โดยไม่มีข้อจำกัด	5		
		4	3	2	1	0			
22	การทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่น	ทำร้ายตัวเอง 75 - 100 % เมื่อไม่พอใจ	ทำร้ายตัวเอง 50 - 75 % เมื่อไม่พอใจ	ทำร้ายตัวเอง 25 - 50 % เมื่อไม่พอใจ	ทำร้ายตัวเอง 0 - 25 % เมื่อไม่พอใจ	ไม่ทำร้ายตัวเอง	5		
		4	3	2	1	0			
23	การมีอาการเกร็ง/ลมชัก	เกร็ง/ชักทุกวัน วันละไม่น้อยกว่า 2 ครั้ง	เกร็ง/ชักทุกวัน	เกร็ง/ชัก สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	เกร็ง/ชัก เดือนละ 1 ครั้ง	ไม่มีอาการเกร็ง/ชัก	5		
		4	3	2	1	0			
24	การไม่อยู่นิ่ง	ไม่อยู่นิ่งตลอดเวลา	อยู่นิ่งได้นาน 5 นาที	อยู่นิ่งได้นาน 10 นาที	อยู่นิ่งได้นาน 15 นาที	อยู่นิ่งได้นาน 20 นาที	5		
		4	3	2	1	0			
รวมคะแนน (กxข)							100		
							คิดเป็นร้อยละ	 %

หมายเหตุ การอยู่ตามลำพัง โดยไม่เกิดอันตราย หมายถึง

1. การไว้วางใจคนแปลกหน้า (การตัดสินใจไว้วางใจผู้อื่นที่ไม่ใช่คนในครอบครัว)
2. การหยิบของใส่ปาก
3. การปฏิบัติตัวเมื่อเห็นเปลวไฟลูกไหม้หรือเห็นวัสดุที่ทำให้เกิดเปลวไฟ
4. การปฏิบัติตัวเมื่อเห็นแหล่งน้ำ
5. การปีนป่าย/การไม่อยู่นิ่ง
6. การเล่นของมีคม
7. การขว้างปาข้าวของ

*** เกณฑ์คะแนน

คะแนน = 0	ช่วยเหลือตัวเองได้ปกติ หรือไม่ต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมนั้น ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ผู้ช่วยคนพิการ
คะแนน = 1	ช่วยเหลือตัวเองได้มาก มีความจำเป็นต้องใช้ผู้ช่วยคนพิการน้อย ต้องการคนเฝ้าระวัง/กำกับดูแลมากกว่า
คะแนน = 2	ช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง มีความจำเป็นต้องใช้ผู้ช่วยคนพิการน้อย หรือในบางกิจกรรม/บางเวลา
คะแนน = 3	ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีความจำเป็นต้องใช้ผู้ช่วยคนพิการช่วยในการทำกิจกรรมมาก ถึงปานกลาง
คะแนน = 4	ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมนั้น มีความจำเป็นต้องใช้ ผู้ช่วยคนพิการเป็นอย่างมาก
วิธีการคำนวณ =	$\frac{\text{ผลรวมคะแนนการประเมิน (กxข)} \times 100}{400}$ (คะแนนรวมของคะแนนทั้งหมด)

เกณฑ์ช่วงคะแนนการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคนพิการ
ที่จำเป็นต้องมีผู้ช่วยคนพิการ

ผลรวมคะแนน	ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน
0 - 25	ช่วยเหลือตนเองได้มาก มีความจำเป็นต้องใช้ผู้ช่วยคนพิการน้อย
26 - 50	ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง มีความจำเป็นต้องใช้ผู้ช่วยคนพิการน้อย หรือในบางกิจกรรม/บางเวลา
51 - 75	ช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีความจำเป็นต้องใช้ผู้ช่วยคนพิการช่วยในการทำกิจกรรมมาก ถึงปานกลาง
76 - 100	ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย ต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมนั้น มีความจำเป็นต้องใช้ ผู้ช่วยคนพิการอย่างมาก

ส่วนที่ 3 ความต้องการใช้บริการผู้ช่วยคนพิการ

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง “ความต้องการใช้ผู้ช่วยคนพิการ” ในกิจกรรมที่ท่านต้องการ หากท่านต้องการให้ผู้ช่วยคนพิการช่วยในกิจกรรมใด กรุณาระบุ “ระยะเวลาที่ต้องการใช้ผู้ช่วยคนพิการ” ในการทำกิจกรรมนั้น ๆ เป็นนาทีต่อครั้ง และจำนวนครั้งที่ต้องการให้ช่วยต่อเดือน

ลำดับ	กิจกรรมที่สำคัญในการดำรงชีวิต/กิจกรรม	ความต้องการใช้ผู้ช่วยคนพิการ		ระยะเวลาที่ต้องการใช้ผู้ช่วยคนพิการ	
		ไม่ต้องการ	ต้องการ	1 ครั้ง (นาที)	ครั้ง/เดือน
1	อาบน้ำ - เช็ดตัว				
2	แปรงฟัน - บ้วนปาก				
3	ล้างหน้า - เช็ดหน้า				
4	ล้างมือ - เช็ดมือ				
5	สระผม - เช็ดผม				
6	หวีผม - ทำผม				
7	โกนหนวด				
8	ดูแลการขับถ่ายปัสสาวะ				
9	ดูแลการขับถ่ายอุจจาระ				
10	ทำความสะอาดหลังขับถ่าย				
11	สวมใส่ - ถอดเปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูป				
12	ใส่เสื้อ				
13	ใส่กางเกง/กระโปรง				
14	ใส่ถุงเท้า				
15	ใส่รองเท้า				
16	ถอดเสื้อ				
17	ถอดกางเกง/กระโปรง				
18	ถอดถุงเท้า				
19	ถอดรองเท้า				
20	การถอดใส่กายอุปกรณ์ - เครื่องช่วยความพิการ				
21	การจัดท่าทางในการนอน				
22	การพลิกตะแคงตัว				
23	การลุกขึ้นนั่ง				
24	การลุกขึ้นยืน				
25	การขึ้น - ลงบันได				
26	การหยิบจับสิ่งของใช้ส่วนตัว				
27	การทำความสะอาดที่พังกอาศัย				
28	การซักผ้า				

ลำดับ	กิจวัตรที่สำคัญในการดำรงชีวิต/กิจกรรม	ความต้องการ ใช้ผู้ช่วยคนพิการ		ระยะเวลาที่ต้องการ ใช้ผู้ช่วยคนพิการ	
		ไม่ต้องการ	ต้องการ	1 ครั้ง (นาทิต)	ครั้ง/เดือน
29	การรีดผ้า				
30	การจัดเตรียมอาหาร - น้ำดื่ม				
31	การอุ่น - จัดเก็บอาหาร				
32	การล้างทำความสะอาดภาชนะใส่อาหาร				

การจัดลำดับความต้องการจำเป็นของคนพิการในการใช้บริการผู้ช่วยคนพิการ

ลำดับ	กิจวัตรที่สำคัญในการดำรงชีวิต/กิจกรรม	ความต้องการ ใช้ผู้ช่วยคนพิการ		ลำดับกิจวัตร ที่สำคัญในการ ดำรงชีวิต/ กิจกรรม	หมายเหตุ
		ไม่ต้องการ	ต้องการ		
1	ดื่มน้ำ / รินน้ำ				
2	รับทานอาหาร				
3	รับทานยา				
4	ช่วยสื่อสาร/บอกความต้องการ				
5	ช่วยอยู่เป็นเพื่อนในบางเวลา				
6	ช่วยพากลับบ้านในเวลาที่ยาติไม่อยู่				
7	ช่วยพาออกไปทำกิจกรรมภายนอกบ้าน				
8	ช่วยพาไปพบแพทย์ตามนัด				
9	ช่วยพาไปเรียนหนังสือ/ไปสอบ				
10	ช่วยพาไปติดต่อนัดหมายกับหน่วยงานต่าง ๆ				
11	ช่วยพาไปร่วมกิจกรรมในชุมชน/ท้องถิ่น				
12 ฯลฯ....				

ลงชื่อ คนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

