

แบบคำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ

1. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล..... อายุ.....ปี
เลขบัตรประจำตัวคนพิการ.....อาชีพ.....
รายได้เฉลี่ยของคนพิการ.....บาทต่อเดือนต่อปี

ประเภทความพิการ

- ☐ พิกัดทางการเห็น (1) ☐ พิกัดทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย (2)
☐ พิกัดการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย (3) ☐ พิกัดทางจิตใจหรือพฤติกรรม (4)
☐ พิกัดทางสติปัญญา (5) ☐ พิกัดทางการเรียนรู้ (6)
☐ พิกัดทางอหิสติก (7) ☐ พิกัดมากกว่า 1 ประเภท (ระบุ)

2. ที่อยู่อาศัยซึ่งยื่นขอปรับปรุง/ซ่อมแซม

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด

3. ช่องทางติดต่อ

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ..... ID Line (ถ้ามี).....

4. สมาชิกในครอบครัว ☐ ไม่มี (อยู่ลำพัง) ☐ มีสมาชิกในครอบครัว

ที่	ชื่อ - นามสกุล	อายุ (ปี)	อาชีพ	การศึกษา	สุขภาพ	รายได้ (บ/ด)	หมายเหตุ

5. ลักษณะที่อยู่อาศัย

- ☐ ของตนเอง ☐ อาศัยผู้อื่นอยู่ (ระบุ).....

สภาพที่อยู่อาศัยที่ต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง

- ☐ การปรับปรุงโครงสร้าง (เช่น หลังคา เสา คาน พื้น ผนังบ้าน เป็นต้น)
(ระบุ)
☐ ห้องน้ำ ☐ ห้องส้วม ☐ ห้องนอน ☐ ห้องครัว
☐ ติดตั้งผลิตภัณฑ์และสิ่งอำนวยความสะดวกภายในบ้าน (เช่น ราวจับ ทางลาด สัญญาณไฟฉุกเฉิน เป็นต้น)
☐ ขนบ้าน / สวน / ทางเดินรอบบ้าน
(ระบุ)
☐ ระบบสุขาภิบาล (ระบบที่เกี่ยวข้องกับการใช้น้ำ)
☐ ระบบไฟฟ้า แสงสว่าง
☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

6. ลักษณะการครอบครองที่ดิน ☐ ที่ดินของตนเอง ☐ ที่ดินเช่าจาก (ระบุ).....
☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและข้อมูลในบัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมภาพ
ใบหน้าของข้าพเจ้าเพื่อไปใช้ในหน่วยงานของรัฐและยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถามและใช้ข้อมูล
ส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณาจัดสรรสวัสดิการ และ/หรือ
เพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามกฎหมายของรัฐ และ/หรือ เพื่อประโยชน์ต่อการวางแผนให้ความช่วยเหลือ
ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยถือว่าคุุณับและบรรดาสำเนา ภาพถ่าย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสาร
ที่จัดทำขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ เป็นการให้ความยินยอมของข้าพเจ้าเช่นเดียวกัน

ลงชื่อผู้ยื่นคำขอ.....
(.....)
...../...../.....

7. ความคิดเห็นเจ้าหน้าที่

- ☐ เห็นควรให้ความช่วยเหลือ.....
☐ เห็นควรให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เนื่องจาก.....
☐ ไม่เห็นควรให้การปรับปรุง/ซ่อมแซม เนื่องจาก

ลงชื่อผู้สอบข้อเท็จจริง
(.....)
ตำแหน่ง
...../...../.....

หนังสือยินยอมในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) อายุ.....ปี เป็น () เจ้าของที่ดิน () เจ้าของบ้าน
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....เป็นผู้ถือกรรมสิทธิ์/ผู้ได้รับมอบอำนาจ จากเจ้าของบ้านเลขที่.....
หมู่.....ตรอก/ซอย ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต จังหวัด.....ยินยอมให้.....
ดำเนินการปรับปรุง/ซ่อมแซมบ้านให้.....อายุ ปี
ขอทำหนังสือฉบับนี้ไว้เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

๑. ข้าพเจ้าและครอบครัว ได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของการซ่อมแซม/ปรับปรุงที่อยู่อาศัย
ให้แก่คนพิการตามโครงการฯ ของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคม
และความมั่นคงของมนุษย์

๒. ข้าพเจ้าและครอบครัวที่มีความประสงค์และยินยอมให้มีการซ่อมแซม/ปรับปรุงที่อยู่อาศัยหลังนี้
ตามรายการ และระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่กำหนดทุกประการ รวมทั้งจะไม่เพิกถอนความยินยอมตราบใด
ที่คนพิการยังอาศัยอยู่ในที่อยู่อาศัยแห่งนี้

๓. เพื่อให้การดำเนินการซ่อมแซม/ปรับปรุงที่อยู่อาศัยหลังนี้ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย ข้าพเจ้า
และบริวารหรือตัวแทนของข้าพเจ้าชื่อ
จะให้ความร่วมมือร่วมแรงและช่วยอำนวยความสะดวกทุกด้านอย่างเต็มกำลังความสามารถแก่เจ้าหน้าที่
ตลอดระยะเวลาของการซ่อมแซม/ปรับปรุงที่อยู่อาศัยหลังนี้ โดยไม่เรียกร้องค่าตอบแทนใด ๆ ทั้งสิ้น

๔. ในกรณีที่เกิดเหตุสุดวิสัย หรือความเสียหายใด ๆ เกิดขึ้น ในระหว่างการซ่อมแซม/ปรับปรุงที่อยู่
อาศัยหลังนี้ โดยที่ข้าพเจ้าหรือตัวแทนของข้าพเจ้าได้รับรู้ด้วยแล้ว ข้าพเจ้าและครอบครัวจะไม่เรียกร้อง
ค่าเสียหายและสิทธิใด ๆ ทั้งสิ้นจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นแต่อย่างใด

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม

(.....) (ตัวบรรจง)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....) (ตัวบรรจง)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....) (ตัวบรรจง)

หมายเหตุ เอกสารแนบท้ายหนังสือยินยอมฉบับนี้ ได้แก่ สำเนาโฉนดที่ดิน ซึ่งปรากฏชื่อ-สกุล
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะเจ้าของกรรมสิทธิ์ จำนวน 1 ฉบับ

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

คำชี้แจง แบบสอบถามเท็จจริงชุดนี้ ใช้สำหรับเป็นเครื่องมือให้นักสังคมสงเคราะห์ นักพัฒนาสังคม
นักพัฒนาชุมชน หรือผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่สอบข้อเท็จจริงครอบครัวคนพิการ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้
การเก็บรวบรวมข้อเท็จจริงเป็นไปอย่างรอบด้าน และสามารถให้ความช่วยเหลือคนพิการที่ขอรับ
การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว).....บ้านเลขที่.....ซอย.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....
2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง ☐ อื่น ๆ
3. อายุ (เต็มปี)ปี
4. บัตรประจำตัวคนพิการ ☐ มีบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ ไม่มีบัตรประจำตัวคนพิการ
5. ประเภทความพิการ
☐ (1) ทางการเห็น ☐ (2) ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ (3) ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
☐ (4) ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ (5) ทางสติปัญญา ☐ (6) ทางการเรียนรู้
☐ (7) พิการมากกว่า 1 ประเภท (ระบุ)
6. สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง
☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....
7. การนับถือศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่น ๆ (ระบุ)
8. การศึกษาสูงสุดของคนพิการ
☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)
☐ ไม่ได้เรียน ☐ อื่น ๆ (ระบุ)
9. การอ่านออกเขียนได้
☐ อ่านและเขียนได้ ☐ อ่านได้ แต่เขียนไม่ได้ ☐ ไม่ได้ทั้งอ่านและเขียน
10. ลักษณะสุขภาพโดยรวมของคนพิการ
☐ แข็งแรง และสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้เป็นอย่างดี
☐ ไม่ค่อยแข็งแรง แต่ยังสามารถช่วยเหลือในชีวิตประจำวันได้
☐ ไม่ค่อยแข็งแรง ต้องการได้รับการดูแลบ้าง
☐ ไม่แข็งแรง ต้องการได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านรายได้ของครัวเรือน

11. จำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่อยู่อาศัยร่วมกันในปัจจุบัน (รวมคนพิการ) มีจำนวนทั้งสิ้น คน ได้แก่

- ☐ คู่สมรส ☐ บุตร..... คน ☐ หลานคน
☐ญาติทางสายโลหิต (อาทิ ลุง ป้า น้า อา ลูกพี่ลูกน้อง) คน ☐ เพื่อน.....คน
☐ อื่น ๆ (ระบุ).....จำนวน.....คน

12. อาชีพของคนพิการ

- ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ ประกอบอาชีพประจำ มีรายได้ บาท/เดือน
☐ ประกอบอาชีพอิสระ มีรายได้เฉลี่ย บาท/เดือน
☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ)มีรายได้เฉลี่ย บาท/เดือน

● กรณีคนพิการประกอบอาชีพ

- ☐ รับจ้างทั่วไป (ระบุ) ☐ พนักงาน/ลูกจ้างในสถานประกอบการ
☐ พนักงาน/ลูกจ้างในหน่วยงานภาครัฐ
☐ เกษตรกร/เพาะปลูก (ระบุ)
☐ ช่าง (ระบุ)
☐ ปศุสัตว์/เลี้ยงสัตว์ (ระบุ)
☐ อื่น ๆ (ระบุ)

13. รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนต่อปี (คำนวณจากรายได้ของสมาชิกทุกคนในครอบครัวที่อยู่อาศัยร่วมกันตามจริง ที่ผ่านมาในรอบ 12 เดือน นำมาบวกรวมกัน จากนั้นหารด้วยจำนวนสมาชิกทุกคนในครอบครัว) จำนวน.....บาทต่อครัวเรือน

14. เงินอุดหนุนจากภาครัฐ หรือเงินสนับสนุนอื่น ๆ ของครัวเรือนคนพิการ

- ☐ ไม่ได้รับ ☐ เบี้ยความพิการ บาทต่อเดือน
☐ เงินสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ จำนวน ครั้ง รวมเป็นเงิน.....บาท
☐ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ บาทต่อเดือน
☐ เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด..... บาทต่อเดือน
☐ เงินอื่น ๆ (โปรดระบุ)

เงิน.....จากหน่วยงาน/บุคคล จำนวน.....บาท

เงิน.....จากหน่วยงาน/บุคคล จำนวน.....บาท

15. รายจ่ายต่อเดือนโดยประมาณ

- ☐ ค่าน้ำ..... บาท/เดือน ☐ ค่าไฟ..... บาท/เดือน ☐ ค่าอาหาร บาท/เดือน
☐ ค่าของใช้จำเป็นบาท/เดือน ☐ ค่าใช้จ่ายเพื่อดูแลโรคประจำตัว.....บาท/เดือน
☐ ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ (ระบุ).....จำนวน.....บาท/เดือน

16. ด้านภาระหนี้สินของครัวเรือน

- ☐ ไม่มีหนี้สิน ☐ มีหนี้สินนอกกรอบ (ระบุ).....จำนวนบาท

ตอนที่ 3 ข้อมูลการอยู่อาศัย

17. ระยะเวลาที่คนพิการอยู่อาศัยในสถานที่ขอรับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย จำนวน ปี.....เดือน
18. รูปแบบที่อยู่อาศัยของคนพิการ
- | | | | |
|--|---|--|--|
| ☐ บ้านไม้ใต้ถุนสูง | ☐ บ้านครึ่งปูนครึ่งไม้ | ☐ บ้านเดี่ยวชั้นเดียว | ☐ บ้านเดี่ยวสองชั้น |
| ☐ บ้านแฝด | ☐ ตึกแถว | ☐ อพาร์ทเมนต์ | ☐ หอพัก |
| ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ) | | | |
19. ลักษณะการครอบครองกรรมสิทธิ์ สิทธิครอบครอง สิทธิอยู่อาศัยของคนพิการ (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)
- | | |
|---|---|
| ☐ คนพิการเป็นเจ้าของกรรมสิทธิ์ในที่ดิน | ☐ คนพิการเป็นเจ้าของกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย |
| ☐ คนพิการเป็นทั้งเจ้าของกรรมสิทธิ์ในที่ดินและที่อยู่ออาศัย | |
| ☐ คนพิการมีสิทธิอยู่อาศัย | |
| ☐ โดยมีชื่อปรากฏอยู่ในทะเบียนบ้าน | |
| ☐ โดยไม่มีชื่อปรากฏอยู่ในทะเบียนบ้าน แต่ได้รับอนุญาตจากเจ้าของกรรมสิทธิ์ | |
| ☐ คนพิการ มีสิทธิครอบครองที่อยู่ออาศัย โดยอยู่อาศัยในที่ดินซึ่งอยู่ในความดูแลของส่วนราชการ/องค์กรสาธารณะประโยชน์ (โปรดระบุ)..... | |
| ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ)..... | |

ตอนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวัน และสุขอนามัยพื้นฐานของคนพิการ

20. คนพิการมีการใช้กายอุปกรณ์/เครื่องช่วยความพิการ หรือไม่
- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| ☐ มี | ☐ ไม่มี |
|-----------------------------|--------------------------------|
21. กรณีคนพิการมีการใช้กายอุปกรณ์/เครื่องช่วยความพิการในชีวิตประจำวัน ได้แก่
- | | | |
|---|---|--|
| ☐ วีลแชร์ Wheelchair | ☐ เติียงแบบปรับเอนนอนได้ | ☐ เบาะรองนั่งลดแรงกดทับ |
| ☐ รถสามล้อโยก | ☐ ที่นอนลม | ☐ เครื่องช่วยฝึกเดิน (Walker) |
| ☐ ไม้เท้าขาว | ☐ เก้าอี้นั่งอาบน้ำ | ☐ เครื่องช่วยฟัง |
| ☐ สเลท (อุปกรณ์สำหรับใช้เขียนอักษรเบรลล์) ☐ อื่น ๆ (ระบุ) | | |
22. สมาชิกในครัวเรือนที่ใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับคนพิการมากที่สุด
- | | | | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| ☐ ไม่มี (คนพิการอยู่เพียงลำพัง) | ☐ คู่สมรส | ☐ บุตรชาย | ☐ บุตรสาว |
| ☐ ญาติทางสายโลหิต (อาทิ ลุง ป้า น้า อา ลูกพี่ลูกน้อง) | | ☐ เพื่อน | |
| ☐ อื่น ๆ (ระบุ)..... | | | |
23. รูปแบบการใช้ชีวิตประจำวันของคนพิการในช่วงเช้า - เย็น (06.00 – 18.00 น.)
- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| ☐ อยู่ลำพัง | ☐ อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน | ☐ อื่น ๆ (ระบุ) |
|------------------------------------|---|--|
24. รูปแบบการใช้ชีวิตประจำวันของคนพิการในช่วงเย็นและเวลาพักผ่อน (18.01 - 05.59 น.)
- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| ☐ อยู่ลำพัง | ☐ อยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน | ☐ อื่น ๆ (ระบุ) |
|------------------------------------|---|--|
25. พฤติกรรมเกี่ยวกับสุขอนามัยของคนพิการ
- | | |
|--|---|
| ☐ อาบน้ำ วันละ ครั้ง | ☐ แปรงฟัน วันละ ครั้ง |
| ☐ สระผม วันละ ครั้ง | ☐ การเปลี่ยนเสื้อผ้า วันละ ครั้ง |
| ☐ การตรวจสุขภาพประจำปี ครั้งต่อปี | |

26. การประเมินเบื้องต้นจากการลงพื้นที่สัมภาษณ์และสังเกตเกี่ยวกับสภาพที่อยู่อาศัยของคนพิการ (ก่อนปรับปรุงที่อยู่อาศัย) ว่ามีความเหมาะสม/ปลอดภัยกับสภาพความพิการ ในระดับใด
[5 = มากที่สุด, 4 = มาก, 3 = ปานกลาง, 2 = น้อย, 1 = น้อยที่สุด]

ห้อง/ระบบ	ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้สอบข้อเท็จจริง				
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
ภาพรวมทั้งหลัง					
ห้องน้ำ					
ห้องนอน					
ห้องครัว					
ห้องนั่งเล่น					
ทางเดินภายในบ้าน					
ทางเดินบริเวณรอบบ้าน/สวน					
อื่น ๆ (ระบุ)					
อื่น ๆ (ระบุ)					
อื่น ๆ (ระบุ)					

27. ในรอบปีที่ผ่านมา คนพิการ เคยประสบอุบัติเหตุในสถานที่อยู่อาศัย หรือไม่

- ☐ ไม่เคย ได้รับบาดเจ็บหรือประสบอุบัติเหตุ
☐ เคย ได้รับบาดเจ็บหรือประสบอุบัติเหตุ (กรอกรายละเอียดในตาราง)

จุดที่เคยประสบอุบัติเหตุ	ลักษณะการบาดเจ็บ	สาเหตุการบาดเจ็บ	จำนวน ครั้ง
ห้องน้ำ			
ห้องนอน			
ห้องครัว			
ห้องนั่งเล่น			
ทางเดินภายในบ้าน			
ทางเดินบริเวณรอบบ้าน/สวน			
อื่น ๆ (ระบุ)			
อื่น ๆ (ระบุ)			
อื่น ๆ (ระบุ)			

หมายเหตุ ลักษณะการบาดเจ็บ เช่น หกล้มหัวแตก โดนของมีคมบาด ตกบันได สัตว์เลี้ยงกัด เป็นต้น
สาเหตุการบาดเจ็บ เช่น สิ่งของในบ้านจัดวางไม่เป็นระเบียบ มีจุดน้ำท่วมขังภายในบ้าน แสงสว่างไม่เพียงพอ รั่วประจําตัวกำเริบ การรับประทานยาผิด เป็นต้น

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า เพื่อนำไปใช้ในหน่วยงานของรัฐและยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถามและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณาจัดสรรสวัสดิการ และ/หรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามกฎหมายของรัฐ และ/หรือ เพื่อประโยชน์ต่อการวางแผนให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ตามความเหมาะสม

ผู้ให้ข้อมูล

(นาย/นาง/นางสาว.....)

วัน/เดือน/ปี...../...../.....

ผู้สอบข้อเท็จจริง

(นาย/นาง/นางสาว.....)

วัน/เดือน/ปี...../...../.....

- หมายเหตุ 1. ผู้ให้ข้อมูล ในกรณีคนพิการ ไม่สามารถให้ข้อมูลโดยตรงได้ เนื่องจาก มีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร เช่น พิกัดทางสติปัญญา พิกัดทางจิตใจหรือพฤติกรรม พิกัดทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย เป็นต้น ผู้ให้ข้อมูลสามารถเป็นผู้ดูแลคนพิการ หรือสมาชิกในครัวเรือนที่อยู่อาศัยร่วมกับคนพิการ หรือเป็นบุคคลใกล้ชิดที่เกี่ยวข้องกับคนพิการได้ หรือในกรณีที่คนพิการอยู่อาศัยเพียงลำพัง บุคคลที่ลงนามในฐานะผู้ให้ข้อมูลควรเป็นผู้นำชุมชน กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือภาคีเครือข่าย ในระดับพื้นที่ อาทิ อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
2. ผู้สอบข้อเท็จจริง ได้แก่ บุคลากรภาครัฐ ซึ่งครอบคลุมทั้งข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้าง หรือ ผู้ปฏิบัติงานอื่นในหน่วยงานของรัฐในหน่วยบริการในพื้นที่