

- ครั้งที่ 1 ปี.....
 ครั้งที่ 2 ปี.....
 ครั้งที่ 3 ปี.....



แบบ สคส.01

แบบคำขอรับบริการ ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มาตรา 11 (8) (9) (10)

วันที่แจ้งเรื่อง...../...../.....

ข้อมูลผู้ยื่นคำขอ (ผู้แจ้งเรื่อง)

คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน - - - -

ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก.....ซอย.....ถนน.....

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

เบอร์โทรศัพท์.....เบอร์ติดต่อ.....โทรสาร.....

ตรวจเยี่ยมบ้านวันที่...../...../.....

ข้อมูลผู้สูงอายุขอรับบริการ

คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน - - - - กรณีไม่มีเนื่องจาก.....

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี เพศ.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

สถานภาพ โสด สมรสอยู่ด้วยกัน สมรสแยกกันอยู่ หย่าร้าง ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

อาชีพ.....รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

ที่มาของรายได้ ด้วยตนเอง ผู้อื่นให้ (ระบุ)

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก.....ซอย.....ถนน.....

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

เบอร์โทรศัพท์บ้าน.....เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านตนเอง อาศัยผู้อื่นอยู่ บ้านเช่า อยู่กับผู้จ้าง ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง

ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน (กรณีเป็นที่อยู่อาศัยตามทะเบียนบ้าน ขอให้ทำเครื่องหมาย ✓ ใน

และข้ามไปกรอกข้อมูลอื่น)

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก.....ซอย.....ถนน.....

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

เบอร์โทรศัพท์บ้าน.....เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....

สมาชิกในครอบครัว

ที่	ชื่อ-นามสกุล เลขที่บัตรประชาชน	อายุ ปี	เพศ	เกี่ยวข้องเป็น	อาชีพ	รายได้ ต่อเดือน	สุขภาพ
	□-□□□□-□□□□□-□□-□						
	□-□□□□-□□□□□-□□-□						
	□-□□□□-□□□□□-□□-□						
	□-□□□□-□□□□□-□□-□						
	□-□□□□-□□□□□-□□-□						
	□-□□□□-□□□□□-□□-□						
	□-□□□□-□□□□□-□□-□						
	□-□□□□-□□□□□-□□-□						
	□-□□□□-□□□□□-□□-□						

สถานที่ตรวจเยี่ยม ที่พักอาศัย โรงพยาบาล สถานีตำรวจ อื่นๆ (ระบุ).....

สภาพปัญหาและความคิดเห็นของนักสังคมสงเคราะห์.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ผลการให้ความช่วยเหลือ.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แนวทางการช่วยเหลือต่อไป.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....จนท.ผู้ตรวจเยี่ยมบ้าน
(.....)
ตำแหน่ง.....