

สำหรับ เจ้าหน้าที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เท่านั้น

ครั้งที่..... ปี

เลขที่แบบบันทึก..... วันที่รับเรื่อง.....

การเข้ารับบริการ Walk in ออกหน่วยเคลื่อนที่ สำรอง รับจากองค์กร/หน่วยงานภายนอก.....

ชื่อ-นามสกุล ผู้สำรวจ/สอบข้อเท็จจริง..... ตำแหน่ง.....



รูปถ่าย

แบบบันทึกข้อมูลผู้ประสบปัญหาทางสังคม
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ผู้ยื่นคำร้อง / ผู้แจ้งแทน (กรณีไม่สามารถยื่นคำร้องได้ด้วยตนเอง) / ผู้ยื่นคำขอ

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

เลขที่บัตรประชาชน ----

กรณีไม่มีบัตรประชาชนเนื่องจาก.....

วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี เพศ ชาย หญิง

ความสัมพันธ์กับผู้ประสบปัญหา..... ระดับการศึกษาสูงสุด.....

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน..... ตรอก.....

ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... โทรศัพท์มือถือ.....

e-Mail.....

ประวัติผู้ประสบปัญหาทางสังคม

กรณีบุคคลทั่วไป

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

เลขที่บัตรประชาชน ----

กรณีไม่มีบัตรประชาชนเนื่องจาก.....

วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี เพศ ชาย หญิง

เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

สถานภาพ โสด สมรสอยู่ด้วยกัน สมรสแยกกันอยู่ หย่าร้าง ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

กรณีเด็ก

คำนำหน้าชื่อ (ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....) ชื่อ..... นามสกุล.....

เลขที่บัตรประชาชน ----

กรณีไม่มีบัตรประชาชนเนื่องจาก.....

วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี เพศ ชาย หญิง

เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

กรณี เด็ก กรอกข้อมูลเพิ่มเติม ดังนี้

บิดา ชื่อ..... นามสกุล..... วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี

มารดา ชื่อ..... นามสกุล..... วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี

ความสัมพันธ์ของผู้อุปการะ ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา ไม่มีความสัมพันธ์ อื่นๆ.....

สาเหตุของการอุปการะ บิดา ทอดทิ้ง เสียชีวิต ต้องโทษจำคุก อื่นๆ ระบุ.....

มารดา ทอดทิ้ง เสียชีวิต ต้องโทษจำคุก อื่นๆ ระบุ.....

กรณียื่นขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี	
<p>ผู้ยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณีมีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ตายในฐานะเป็น..... และเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุ โดยได้รับความยินยอมจากบิดา/มารดา/บุตร/พี่น้อง/เครือญาติ/ของผู้สูงอายุที่ตายให้เป็น ผู้รับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพของผู้สูงอายุที่ตาย (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....) ชื่อ..... นามสกุล..... เลขที่บัตรประชาชน <input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/>-<input type="text"/> กรณีไม่มีเนื่องจาก..... วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา..... อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ..... ถึงแก่กรรมด้วยสาเหตุ..... เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... ตามใบมรณบัตรเลขที่..... ออกให้โดย..... เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าไม่เคยได้รับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพ ผู้สูงอายุนี้นมาก่อน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย</p>	
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน	
พิกัด GPS : ละติจูด..... ลองจิจูด..... ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน..... รหัสประจำบ้าน <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... เบอร์ต่อ..... โทรสาร..... โทรศัพท์มือถือ.....	
ที่อยู่ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน	
(กรณีเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ขอให้ทำเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> และข้ามไปกรอกข้อมูลติดต่อผ่านชื่อและเบอร์โทรศัพท์) <input type="radio"/> บ้านตนเอง <input type="radio"/> อาศัยผู้อื่นอยู่ <input type="radio"/> อาศัยอยู่กับญาติ <input type="radio"/> บ้านเช่า <input type="radio"/> อยู่กับผู้จ้าง <input type="radio"/> ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง พิกัด GPS : ละติจูด..... ลองจิจูด..... ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน..... รหัสประจำบ้าน <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน..... ตรอก..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ..... ติดต่อผ่านชื่อ..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....	

สภาพที่อยู่อาศัย

มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองและมั่นคงถาวร มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองแต่ไม่มั่นคงถาวร อาศัยอยู่กับผู้อื่น

อยู่ในที่ดินบุคคลอื่น บ้านเช่า พื้นที่ดินสาธารณะ

ระดับการศึกษาสูงสุด

ไม่ได้รับการศึกษา/ไม่จบชั้น ประถมศึกษาตอนต้น ประถมศึกษาตอนปลาย มัธยมศึกษาตอนต้น

มัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช. ปวส./อนุปริญญา ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี

อาชีพ

- ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน นักเรียน/นักศึกษา ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ภิกษุ/สามเณร/แม่ชี
 เกษตรกร (ทำไร่/นา/สวน/เลี้ยงสัตว์/ประมง) รับจ้าง ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ
 พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท อื่นๆ ระบุ.....

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

ที่มาของรายได้ ด้วยตนเอง ผู้อื่นให้

หนี้สินในระบบ.....บาท

หนี้สินนอกระบบ.....บาท

รายได้เฉลี่ยของครอบครัว.....บาทต่อเดือน

สมาชิกในครอบครัว (ไม่รวมผู้ประสบปัญหาทางสังคมและต้องเป็นสมาชิกในครอบครัวเท่านั้น)

ลำดับ	เลขบัตรประชาชน	คำนำหน้า ชื่อ - สกุล	ว/ด/ป เกิด	อายุ	เพศ	ความสัมพันธ์ กับผู้ประสบ ปัญหา	อาชีพ	รายได้ ต่อวัน/ต่อเดือน/ ต่อปี	สภาพทางร่างกาย (✓)			ช่วยเหลือ ตนเอง(✓)		ระดับ การศึกษา สูงสุด	
									ปกติ	พิการ	ป่วย เรื้อรัง	ได้	ไม่ได้		

ประเภทผู้ขอรับบริการ

- ผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน ยากจน เร่ร่อน ติดเชื้อ HIV/ผู้ป่วยเอดส์
 ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ตกอยู่ในกระบวนการค้ามนุษย์
 ประสบภัยพิบัติ ขอรับอุปการะเด็ก ขอรับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ
 ผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด ประชาชนในพื้นที่นิคมสร้างตนเอง ประชาชนบนพื้นที่สูง
 พิการ
 ยังไม่เคยจดทะเบียนคนพิการ
 จดทะเบียนคนพิการ เมื่อวันที่.....วันหมดอายุ.....จังหวัดที่จดทะเบียน.....
 ทางการเห็น ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
 ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ทางสติปัญญา ทางการเรียนรู้ ทางอหิสติก

สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ : ผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน (เลือกตอบได้ มากกว่า 1 รายการ)

- ไม่มีคนอุปการะ/ไร้ที่พึ่ง ไม่มีทุนประกอบอาชีพ รายได้ไม่เพียงพอต่อการครองชีพ
 ไม่มีงานทำ ถูกเลิกจ้าง/นายจ้างเอาเปรียบ มีหนี้สิน
 ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง ไม่มีทุนการศึกษา
 ขาดโอกาสทางการศึกษา เป็นหัวหน้าครอบครัวยากจน ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้
 ครอบครัวแตกแยก ตั้งครรภ์นอกสมรส
 ครอบครัวมีภาระเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (อาทิ เด็ก/คนพิการ/ผู้สูงอายุ/ผู้ติดเชื้อเอดส์/ผู้ติดยาเสพติด)
 ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลไม่สามารถอุปการะเลี้ยงดูได้ ได้รับผลกระทบจากการที่คนในครอบครัวต้องโทษ
 ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชีวิตประจำวัน เคยต้องโทษ/ประสบปัญหาการใช้ชีวิตในสังคม
 ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ : ภัยหนาว ภัยแล้ง อุทกภัย วาตภัย อื่นๆ ระบุ.....
 เป็นโรคร้ายแรง/ป่วยเรื้อรัง ติดยาเสพติด

สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ : ยากจน (เลือกตอบได้ มากกว่า 1 รายการ)			
<input type="checkbox"/> ไม่มีคนอุปการะ/ไร้ที่พึ่ง	<input type="checkbox"/> ขอดาน	<input type="checkbox"/> เร่ร่อน	<input type="checkbox"/> ไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎร
<input type="checkbox"/> ไม่มีทุนประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> รายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ	<input type="checkbox"/> ไม่มีงานทำ	
<input type="checkbox"/> ถูกเลิกจ้าง/ถูกนายจ้างเอารัดเอาเปรียบ	<input type="checkbox"/> มีหนี้สิน	<input type="checkbox"/> ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน	<input type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง
<input type="checkbox"/> ไม่มีทุนการศึกษา	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการศึกษาตามเกณฑ์	<input type="checkbox"/> ขาดโอกาสทางการศึกษา	
<input type="checkbox"/> เป็นหัวหน้าครอบครัวยากจน	<input type="checkbox"/> มีบุตรมาก	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้	
<input type="checkbox"/> เด็กอยู่ในครอบครัวยากจน	<input type="checkbox"/> ครอบครัวแตกแยก	<input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์นอกสมรส	<input type="checkbox"/> เลี้ยงดูไม่เหมาะสม
<input type="checkbox"/> ครอบครัวมีภาระเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (อาทิ เด็ก คนพิการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดยาเสพติด)			
<input type="checkbox"/> ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลไม่สามารถอุปการะเลี้ยงดูได้	<input type="checkbox"/> ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม		
<input type="checkbox"/> ได้รับผลกระทบจากการที่คนในครอบครัวต้องโทษจำคุก	<input type="checkbox"/> ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชีวิตประจำวัน		
<input type="checkbox"/> เคยต้องโทษและประสบปัญหาการใช้ชีวิตในสังคม			
<input type="checkbox"/> ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ : <input type="checkbox"/> ภัยหนาว <input type="checkbox"/> ภัยแล้ง <input type="checkbox"/> อุทกภัย <input type="checkbox"/> วาดภัย <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....			
<input type="checkbox"/> ป่วยเป็นโรคร้ายแรง/เจ็บป่วยเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ติดยาเสพติด	<input type="checkbox"/> หลงลืมชราภาพ	
<input type="checkbox"/> ขาดเงินจัดการศพผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/> พันโทษ	<input type="checkbox"/> ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงในครอบครัว	
<input type="checkbox"/> ไม่มีค่าพาหนะเดินทางกลับภูมิลำเนา (ตอบแบบสัมภาษณ์คนไทยผู้ตกทุกข์ได้ยากกลับภูมิลำเนาเดิม)			
สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ : เร่ร่อน (เลือกตอบได้ มากกว่า 1 รายการ)			
<input type="checkbox"/> ไม่มีคนอุปการะ/ไร้ที่พึ่ง	<input type="checkbox"/> ขอดาน	<input type="checkbox"/> ถูกทอดทิ้ง	<input type="checkbox"/> พลัดหลง
<input type="checkbox"/> เร่ร่อน ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง	<input type="checkbox"/> ไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎร	<input type="checkbox"/> ไม่มีทุนประกอบอาชีพ	
<input type="checkbox"/> รายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ	<input type="checkbox"/> ไม่มีงานทำ	<input type="checkbox"/> มีหนี้สิน	<input type="checkbox"/> ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน
<input type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง	<input type="checkbox"/> ครอบครัวแตกแยก	<input type="checkbox"/> พ่อแม่แยกทาง	
<input type="checkbox"/> เลี้ยงดูไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ครอบครัวมีภาระเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (อาทิ เด็ก คนพิการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดยาเสพติด)		
<input type="checkbox"/> ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลไม่สามารถอุปการะเลี้ยงดูได้	<input type="checkbox"/> ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม		
<input type="checkbox"/> ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชีวิตประจำวัน	<input type="checkbox"/> ป่วยเป็นโรคร้ายแรง/เจ็บเรื้อรัง		
<input type="checkbox"/> ติดเชื้อเอชไอวีหรือป่วยด้วยเอชไอวี	<input type="checkbox"/> ติดยาเสพติด	<input type="checkbox"/> หลงลืมชราภาพ	
สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ : ติดเชื้อ HIV / ผู้ป่วยเอชไอวี (เลือกตอบได้ มากกว่า 1 รายการ)			
<input type="checkbox"/> ไม่มีคนอุปการะ/ไร้ที่พึ่ง	<input type="checkbox"/> เร่ร่อน ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง	<input type="checkbox"/> ไม่มีทุนประกอบอาชีพ	
<input type="checkbox"/> รายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ	<input type="checkbox"/> ไม่มีงานทำ	<input type="checkbox"/> ถูกเลิกจ้าง/ถูกนายจ้างเอารัดเอาเปรียบ	
<input type="checkbox"/> มีหนี้สิน	<input type="checkbox"/> ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน	<input type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง	
<input type="checkbox"/> เป็นหัวหน้าครอบครัวยากจน	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้	<input type="checkbox"/> เด็กอยู่ในครอบครัวยากจน	
<input type="checkbox"/> ครอบครัวแตกแยก	<input type="checkbox"/> ครอบครัวมีภาระเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (อาทิ เด็ก คนพิการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดยาเสพติด)		
<input type="checkbox"/> ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชีวิตประจำวัน	<input type="checkbox"/> ป่วยเป็นโรคร้ายแรง/เจ็บป่วยเรื้อรัง		
<input type="checkbox"/> ติดเชื้อเอชไอวีหรือป่วยด้วยเอชไอวี			
สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ : ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ (เลือกตอบได้ มากกว่า 1 รายการ)			
<input type="checkbox"/> ไม่มีคนอุปการะ/ไร้ที่พึ่ง	<input type="checkbox"/> ไม่มีทุนประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> รายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ	
<input type="checkbox"/> ไม่มีงานทำ	<input type="checkbox"/> มีหนี้สิน	<input type="checkbox"/> ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน	
<input type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง	<input type="checkbox"/> ไม่มีทุนการศึกษา	<input type="checkbox"/> ขาดโอกาสทางการศึกษา	
<input type="checkbox"/> ครอบครัวแตกแยก	<input type="checkbox"/> พ่อแม่แยกทาง	<input type="checkbox"/> กำพรว้า	
<input type="checkbox"/> ป่วยเป็นโรคร้ายแรง/เจ็บป่วยเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ได้รับผลกระทบโรคเอดส์		

สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ (ต่อ)		
สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ : ตกอยู่ในกระบวนการค้ามนุษย์ (เลือกตอบได้ มากกว่า 1 รายการ)		
<input type="checkbox"/> เร่ร่อน ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง	<input type="checkbox"/> ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับความเป็นธรรม
<input type="checkbox"/> ถูกทารุณกรรม/กักขัง/หน่วงเหนี่ยว	<input type="checkbox"/> ถูกบังคับให้ประพฤติดังกฎหมาย	<input type="checkbox"/> ถูกบังคับค้าประเวณี
<input type="checkbox"/> ถูกละเมิดทางเพศ/ข่มขืน	<input type="checkbox"/> ถูกล่อลวง	<input type="checkbox"/> ถูกบังคับข่มขืนทางจิตใจ
<input type="checkbox"/> ถูกบังคับใช้แรงงาน	<input type="checkbox"/> ถูกบังคับขอราน	<input type="checkbox"/> ตกเป็นเครื่องมือแสวงหาผลประโยชน์อื่นๆ
<input type="checkbox"/> ไม่มีค่าพาหนะเดินทางกลับภูมิลำเนา		
สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ : ประสบภัยพิบัติ (เลือกตอบได้ มากกว่า 1 รายการ)		
<input type="checkbox"/> ไม่มีทุนประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> รายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ	<input type="checkbox"/> มีหนี้สิน
<input type="checkbox"/> ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน	<input type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง	<input type="checkbox"/> ไม่มีทุนการศึกษา
<input type="checkbox"/> กำพร้า	<input type="checkbox"/> ครอบครัวมีภาระเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (อาทิ เด็ก คนพิการ ผู้ติดเชื่อเฮดส์ ผู้ติดยาเสพติด)	
<input type="checkbox"/> ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์รุนแรง		
<input type="checkbox"/> ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ : <input type="checkbox"/> ภัยหนาว <input type="checkbox"/> ภัยแล้ง <input type="checkbox"/> อุทกภัย <input type="checkbox"/> วาดภัย <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....		
<input type="checkbox"/> ได้รับผลกระทบจากมลภาวะ/สภาพแวดล้อม	<input type="checkbox"/> ประสบปัญหาจากจังหวัดชายแดนภาคใต้	
<input type="checkbox"/> ขาดเงินจัดการศพผู้สูงอายุ		
สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ : ขอรับอุปการะเด็ก (เลือกตอบได้ มากกว่า 1 รายการ)		
<input type="checkbox"/> ขอบุตรบุญธรรม	<input type="checkbox"/> ครอบครัวอุปถัมภ์	
สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ : ขอรับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ (เลือกตอบได้ มากกว่า 1 รายการ)		
<input type="checkbox"/> ไม่มีคนอุปการะ/ไร้ที่พึ่ง	<input type="checkbox"/> ถูกทอดทิ้ง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับความเป็นธรรม
<input type="checkbox"/> ถูกทารุณกรรม/กักขัง/หน่วงเหนี่ยว	<input type="checkbox"/> ถูกบังคับให้ประพฤติดังกฎหมาย	<input type="checkbox"/> ถูกบังคับค้าประเวณี
<input type="checkbox"/> ถูกละเมิดทางเพศ/ข่มขืน	<input type="checkbox"/> ถูกล่อลวง	<input type="checkbox"/> ถูกบังคับข่มขืนทางจิตใจ
<input type="checkbox"/> ถูกบังคับใช้แรงงาน	<input type="checkbox"/> ถูกบังคับขอราน	<input type="checkbox"/> ครอบครัวแตกแยก
<input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์นอกสมรส	<input type="checkbox"/> เลี้ยงดูไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> กำพร้า
<input type="checkbox"/> ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ติดยาเสพติด	<input type="checkbox"/> หลงลืมชราภาพ
<input type="checkbox"/> ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว		
สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ : ผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด (เลือกตอบได้ มากกว่า 1 รายการ)		
<input type="checkbox"/> ไม่มีคนอุปการะ/ไร้ที่พึ่ง	<input type="checkbox"/> ถูกทอดทิ้ง	<input type="checkbox"/> เร่ร่อน ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง
<input type="checkbox"/> ไม่มีทุนประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> รายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ	<input type="checkbox"/> ไม่มีงานทำ
<input type="checkbox"/> ถูกเลิกจ้าง/ถูกนายจ้างเอารัดเอาเปรียบ	<input type="checkbox"/> มีหนี้สิน	<input type="checkbox"/> ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน
<input type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง	<input type="checkbox"/> ไม่มีทุนการศึกษา	<input type="checkbox"/> ขาดโอกาสทางการศึกษา
<input type="checkbox"/> เป็นหัวหน้าครอบครัวยากจน	<input type="checkbox"/> มีบุตรมาก	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้
<input type="checkbox"/> เด็กอยู่ในครอบครัวยากจน	<input type="checkbox"/> ครอบครัวแตกแยก	<input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์นอกสมรส
<input type="checkbox"/> เลี้ยงดูไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ครอบครัวมีภาระเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (อาทิ เด็ก คนพิการ ผู้ติดเชื่อเฮดส์ ผู้ติดยาเสพติด)	
<input type="checkbox"/> ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลไม่สามารถอุปการะเลี้ยงดูได้	<input type="checkbox"/> ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม	
<input type="checkbox"/> เคยต้องโทษและประสบปัญหาการใช้ชีวิตในสังคม	<input type="checkbox"/> ป่วยเป็นโรคร้ายแรง/เจ็บป่วยเรื้อรัง	
<input type="checkbox"/> ติดยาเสพติด	<input type="checkbox"/> ไม่มีค่าพาหนะเดินทางกลับภูมิลำเนา	

สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ (ต่อ)		
สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ : พิการ (เลือกตอบได้ มากกว่า 1 รายการ)		
<input type="checkbox"/> ไม่มีที่อยู่อาศัย	<input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้	<input type="checkbox"/> รู้สึกด้อยกว่าผู้อื่น
<input type="checkbox"/> ถูกรังเกียจเหยียดหยาม	<input type="checkbox"/> ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ	<input type="checkbox"/> ครอบครัวหรือผู้อุปการะมีฐานะยากจน
<input type="checkbox"/> ไม่มีโอกาสเรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการฝึกอาชีพ	<input type="checkbox"/> ไม่มีเงินทุนประกอบอาชีพ
<input type="checkbox"/> มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ	<input type="checkbox"/> ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู	<input type="checkbox"/> มีความลำบากเมื่อออกนอกบ้าน
<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการรักษายาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนหรือการปรับตัวที่เหมาะสม	
<input type="checkbox"/> ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน	<input type="checkbox"/> เงินไม่พอใช้จ่าย	

ความช่วยเหลือที่ต้องการ		
สำหรับทุกประเภทผู้ขอรับบริการ ยกเว้นประเภทพิการ (เลือกได้ 3 รายการ โดยใส่ตัวเลข 1, 2, 3 ใน <input type="checkbox"/> ตามลำดับสิ่งที่ต้องการจากมากไปน้อย)		
ด้านเงิน		
<input type="checkbox"/> เงินทุนประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์เด็กในครอบครัวยากจน	<input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ
<input type="checkbox"/> เงินทุนการศึกษา	<input type="checkbox"/> เงินค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาล	<input type="checkbox"/> เงินค่าเดินทางกลับภูมิลำเนา
<input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์จัดการศพผู้สูงอายุ (กรณารอกเอกสารเพิ่มเติม หน้าที่ 13)	<input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์คนพิการ	<input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี
<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษายาบาล	<input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์คนพิการ	
<input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและคนไร้ที่พึ่ง	<input type="checkbox"/> เงินอุดหนุนช่วยเหลือค่าเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวอุปถัมภ์	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ		
ด้านสิ่งของ		
<input type="checkbox"/> อุปกรณ์การศึกษา	<input type="checkbox"/> อาหาร	<input type="checkbox"/> เครื่องนุ่งห่ม
<input type="checkbox"/> นมผงสำหรับเด็ก	<input type="checkbox"/> ยารักษาโรค	<input type="checkbox"/> เครื่องอุปโภคและบริโภค
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ		
ความช่วยเหลืออื่นๆ		
<input type="checkbox"/> ส่งไปทำกายภาพบำบัด	<input type="checkbox"/> ส่งเข้ารับการรักษา/บำบัด	<input type="checkbox"/> ติดตามหาญาติ
<input type="checkbox"/> รับเข้าสถานสงเคราะห์/สถานคุ้มครอง	<input type="checkbox"/> ขอบุตรบุญธรรม	<input type="checkbox"/> ขออนุมัติเป็นครอบครัวอุปถัมภ์
<input type="checkbox"/> ส่งเข้าฝึกอาชีพ	<input type="checkbox"/> จัดหาอาชีพ	<input type="checkbox"/> จัดหาที่อยู่อาศัย/ที่ทำงาน
<input type="checkbox"/> ช่วยเหลือทางด้านกฎหมาย/คุ้มครองสิทธิ	<input type="checkbox"/> ซ่อมแซมบ้านผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/> ให้คำปรึกษา/แนะนำ
<input type="checkbox"/> ส่งกลับภูมิลำเนา	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ	

ความช่วยเหลือที่ต้องการ (ต่อ)

สำหรับประเภทพิการ เท่านั้น (เลือกได้ 3 รายการ โดยใส่ตัวเลข 1, 2, 3 ใน ตามลำดับสิ่งที่ต้องการจากมากไปน้อย)

..... จิตบำบัด เงินทุนประกอบอาชีพ กายภาพบำบัดรักษาพยาบาล

..... รักษาพยาบาล ฝึกการได้ยิน/ฟัง แก้ไขการพูด ส่งเข้าทำงาน

..... กิจกรรมบำบัด (ฝึกอาชีพ) ล่ามภาษามือ จัดหาสถานศึกษา เงินสงเคราะห์คนพิการในครอบครัว

..... ค่าใช้จ่ายในการศึกษา สื่ออุปกรณ์พิเศษทางการศึกษา เบี้ยยังชีพสำหรับคนพิการ

..... จัดหาผู้ดูแลคนพิการ ข้อมูลข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ให้คำปรึกษาแนะนำ

..... เครื่องช่วยความพิการ :

..... แวนตาดำ แวนสายตา ตาเทียม/เปลี่ยนแก้วตา ไม่เท่าตาบอด

..... เครื่องช่วยฟัง เรือนภาษามือ ศัลยกรรม

..... กายอุปกรณ์ :

..... รถโยก รถเข็น ไม้ค้ำยัน Walker

..... ขาเทียม อุปกรณ์อื่นๆ.....

..... อื่นๆ ระบุ

การรับรอง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตรงความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ระงับสวัสดิการและประโยชน์อื่นๆ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับความช่วยเหลือ/
ผู้ยื่นคำร้องแทน/ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

ลงวันที่.....

การยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลของผู้ขอรับความช่วยเหลือ

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและข้อมูลในบัตรประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้แก่หน่วยงานของรัฐและยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถามและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาจัดสรรสวัสดิการและหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามกฎหมายของรัฐ และหรือเพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้ถือว่าคู่ฉบับและบรรดาสำเนา ภาพถ่าย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสารที่ ทำขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้าเช่นเดียวกัน

ยินยอม ไม่ยินยอม

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับความช่วยเหลือ ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับเรื่อง/
(.....) (.....) สอบข้อเท็จจริง

ลงวันที่..... ลงวันที่.....

ผลการสอบข้อเท็จจริง

1. การตรวจเยี่ยมบ้าน

ตรวจเยี่ยมบ้านวันที่ ชื่อ-สกุล ผู้เยี่ยมบ้าน..... ตำแหน่ง

หน่วยงาน.....

สถานที่ตรวจเยี่ยม ที่พักอาศัย โรงพยาบาล สถานีตำรวจ เรือนจำ อื่นๆ ระบุ

สภาพที่อยู่อาศัย

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

สภาพปัญหาความเดือดร้อน

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

ความเห็นของนักสังคมสงเคราะห์ หรือ เจ้าหน้าที่ผู้สอบข้อเท็จจริง หรือ เจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมบ้าน

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

2. สิทธิสวัสดิการที่เคยได้รับ

1. ไม่เคย

2. เคย อะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 2.1 เงินสงเคราะห์ 2.2 เงินทุนประกอบอาชีพ 2.3 เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- 2.4 เบี้ยความพิการ 2.5 เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
- 2.6 สวัสดิการที่ได้จากการลงทะเบียนโครงการเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
- 2.7 เงินซ่อมแซมบ้าน 2.8 สวัสดิการภาครัฐ
- 2.9 สวัสดิการภาคเอกชน 2.10 เงินกู้ 2.11 เครื่องช่วยความพิการ
- 2.12 อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้สอบข้อเท็จจริง/
ผู้ตรวจเยี่ยมบ้าน
(.....)
.....ตำแหน่ง
ลงวันที่.....ตรวจเยี่ยมบ้าน

หมายเหตุ: ผู้เยี่ยมบ้าน หมายถึง เจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครของหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายหรือได้รับคำขอนี้

1.1 ด้านเงิน (ต่อ)

● **กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (สค.)**

..... เงินอุดหนุนค่าแรงงานสตรี (วันละ 50บาท/วัน รวม 60 วัน รวม 3,000 บาท/คน)

..... เงินอุดหนุนเงินสงเคราะห์ครอบครัว (โครงการสร้างชีวิตใหม่ให้สตรีและครอบครัว) ครอบครัวละ 1,000 บาท

..... เงินอุดหนุนสนับสนุนการรวมกลุ่มเพื่อการจัดสวัสดิการและพัฒนาอาชีพ (โครงการสนับสนุนการรวมกลุ่มประกอบอาชีพ 110 วัน) (วันละ 50บาท/คน/วัน จำนวน 110 วัน รวม 5,500 บาท (สมาชิกกลุ่มประมาณ 20 - 30 คน)

..... เงินอุดหนุนเงินสงเคราะห์สตรีหรือครอบครัวที่ประสบปัญหาทางสังคม (ครอบครัวสตรีที่ประสบปัญหาทางสังคม เช่น สตรีที่เข้าฝึกอบรมในศูนย์เรียนรู้ ครอบครัวทั่วไปในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์เรียนรู้ ผู้ประสบปัญหาภัยพิบัติ เช่น น้ำท่วม วาดภัย อัคคี ฯลฯ ครัวเรือนละ 1,000 - 3,000 บาท

รายการให้ความช่วยเหลือ : ค่าช่วยเหลือระหว่างเกิดภัยพิบัติ
 ค่าเครื่องอุปโภคบริโภค/ค่าใช้จ่ายในการครองชีพตามความจำเป็น
 อื่น ๆ.....

กรุณาระบุจำนวนเงินบาท

● **กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.)**

..... เงินสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

รายการให้ความช่วยเหลือ : เงินค่ากายอุปกรณ์สำหรับช่วยคนพิการ

กรุณาระบุจำนวนเงินบาท

● **กรมกิจการเด็กและเยาวชน (ดย.)**

..... เงินอุดหนุนช่วยเหลือค่าเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวอุปถัมภ์

รายการให้ความช่วยเหลือ :

..... เงินสงเคราะห์เด็กในครอบครัวยากจน

รายการให้ความช่วยเหลือ :

กรุณาระบุจำนวนเงินบาท

● **กรมกิจการผู้สูงอายุ (ผส.)**

..... เงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุในภาวะยากลำบาก

รายการให้ความช่วยเหลือ : เงินสงเคราะห์ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม

..... เงินสงเคราะห์จัดการศพผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน

รายการให้ความช่วยเหลือ : เงินค่าจัดการศพผู้สูงอายุ

กรุณาระบุจำนวนเงินบาท

รายละเอียดสำหรับการจ่ายเงิน เท่านั้น

1. โอนเข้าบัญชีธนาคาร KTB Corporate Online โอนเข้าบัญชี พร้อมเพย์ (Prompt Pay) e-Payment

ชื่อ - นามสกุล ผู้รับเงิน.....

เลขที่บัตรประชาชน --- เบอร์โทรศัพท์.....

เลขที่บัญชี..... ชื่อบัญชี.....

ธนาคาร..... สาขา.....

2. การรับเงิน รับด้วยตนเอง ผู้รับแทน / มอบอำนาจรับแทน

เงินสด เช็ค เลขที่..... ธนาคาร.....

หากมีการรับแทน โปรดระบุเลขที่บัตรประชาชนผู้รับแทน ---

ชื่อ..... นามสกุล..... (ผู้รับแทน)

เบอร์โทรติดต่อ.....

1.2 ช่วยเหลือด้านสิ่งของ

รายการ	มูลค่า (บาท)
..... อุปกรณ์การศึกษา	
..... อาหาร	
..... เครื่องนุ่งห่ม	
..... ยารักษาโรค	
..... นมผงสำหรับเด็ก	
..... เครื่องอุปโภคและบริโภค	
..... เครื่องช่วยความพิการ <input type="checkbox"/> แวนตาต้า <input type="checkbox"/> แวนสายตา <input type="checkbox"/> ตาเทียม/เปลี่ยนแก้วตา <input type="checkbox"/> ไม้เท้าตาบอด <input type="checkbox"/> เครื่องช่วยฟัง <input type="checkbox"/> เรียนภาษามือ <input type="checkbox"/> ศัลยกรรม <input type="checkbox"/> กายอุปกรณ์ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	
..... อื่นๆ ระบุ.....	
รวม	

หมวดเงินที่ใช้ในการจัดหาสิ่งของหรืออุปกรณ์

- เงินอุดหนุนเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน
- เงินอุดหนุนเงินสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและผู้ไร้ที่พึ่ง เงินอุดหนุนเงินสงเคราะห์ผู้ติดเชื่อเอดส์และครอบครัว
- เงินอุดหนุนเงินสงเคราะห์ด้านเงินทุนประกอบอาชีพ
- เงินอุดหนุนสงเคราะห์คนไทยตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม
- เงินอุดหนุนค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือชาวเขาด้านสังคมสงเคราะห์
- เงินอุดหนุนค่าแรงงานสตรี เงินอุดหนุนเงินสงเคราะห์ครอบครัว
- เงินอุดหนุนสนับสนุนการรวมกลุ่มเพื่อการจัดสวัสดิการและพัฒนาอาชีพ
- เงินอุดหนุนเงินสงเคราะห์สตรีหรือครอบครัวที่ประสบปัญหาทางสังคม
- เงินสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
- เงินอุดหนุนช่วยเหลือค่าเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวอุปถัมภ์ เงินสงเคราะห์เด็กในครอบครัวยากจน
- เงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุในภาวะยากลำบาก เงินสงเคราะห์จัดการศพผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน

รายละเอียดสำหรับการรับสิ่งของ

- รับผิดชอบเอง
- ผู้รับแทน เลขที่บัตรประชาชน ---

ชื่อ.....นามสกุล.....

1.3 ประสานส่งต่อไปยังหน่วยงาน ชื่อหน่วยงานจังหวัด.....

- ส่งไปทำกายภาพบำบัด ส่งเข้ารับการรักษา/บำบัด ส่งเข้าสถานสงเคราะห์/สถานคุ้มครอง
- ขอบุตรบุญธรรม/ครอบครัวอุปถัมภ์ ส่งเข้าฝึกอบรม/อาชีพ จัดทำอาชีพ
- อื่นๆ ระบุ.....

1.4 ช่วยเหลือด้านอื่นๆ

- ให้คำปรึกษา/แนะนำ ช่วยเหลือทางด้านกฎหมาย/คุ้มครองสิทธิ์ ติดตามหาญาติ
- ที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน อื่นๆ ระบุ

..... ระบุความช่วยเหลือ เนื่องจาก

.....

.....

2. การบูรณาการความช่วยเหลือร่วมกับหน่วยอื่น

หน่วยงานภายใน พม.

- ดย. หน่วยงาน..... เงิน..... สิ่งของ ระบุ..... อื่นๆ ระบุ.....
- พก. หน่วยงาน..... เงิน..... สิ่งของ ระบุ..... อื่นๆ ระบุ.....
- พส. หน่วยงาน..... เงิน..... สิ่งของ ระบุ..... อื่นๆ ระบุ.....
- ผส. หน่วยงาน..... เงิน..... สิ่งของ ระบุ..... อื่นๆ ระบุ.....
- สค. หน่วยงาน..... เงิน..... สิ่งของ ระบุ..... อื่นๆ ระบุ.....
- กคช. หน่วยงาน..... เงิน..... สิ่งของ ระบุ..... อื่นๆ ระบุ.....
- พอช. หน่วยงาน..... เงิน..... สิ่งของ ระบุ..... อื่นๆ ระบุ.....

หน่วยงาน/องค์กร ภายนอก

- เหล่ากาชาดอำเภอ/จังหวัด..... เงิน..... สิ่งของ ระบุ.....
- อบต./เทศบาล/อำเภอ..... เงิน..... อื่นๆ ระบุ.....
- มูลนิธิ/องค์กร/เครือข่าย..... เงิน..... อื่นๆ ระบุ.....
- หน่วยงานรัฐในพื้นที่ ระบุ..... เงิน..... อื่นๆ ระบุ.....
- สำนักงานองคมนตรี..... เงิน..... อื่นๆ ระบุ.....
- เงินบริจาค/ช่วยเหลือจากบุคคลทั่วไป จำนวน..... บาท

ลงชื่อ.....ผู้วินิจฉัยให้การช่วยเหลือ
(.....)

ตำแหน่ง.....เลขที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ : ผู้วินิจฉัยให้การช่วยเหลือ ได้แก่

(๑) ผู้ซึ่งระเบียบ ประกาศ หรือหลักเกณฑ์ว่าด้วยการนั้น กำหนดให้เป็นผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ หรือ

(๒) นักสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต หรือเจ้าหน้าที่อื่นซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในความควบคุมของนักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต หรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าส่วนราชการเจ้าของเงินอุดหนุน

สำหรับกรณียื่นขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

ข้อมูลผู้ให้การรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

เขียนที่

วัน เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ตำแหน่ง

สังกัดหน่วยงาน เลขบัตรประจำตัวประชาชน

ออกให้โดย วันออกบัตร วันหมดอายุ

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

ขอรับรองว่าผู้ยื่นคำขอดังกล่าวเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุรายนี้จริง

(ลงชื่อ) ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ / /

กรณีไม่ได้รับการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ในปีที่ตาย แต่ผู้สูงอายุอยู่ในครัวเรือนยากจนตามเกณฑ์ ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.)

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว) ตำแหน่ง

สังกัดหน่วยงาน อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ออกให้โดย

วันออกบัตร วันหมดอายุ อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน

ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

โทรศัพท์มือถือ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผู้สูงอายุที่ตายอยู่ในครัวเรือนยากจนและไม่ได้รับการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย หรือกรุงเทพมหานคร หรือเมืองพัทยา โดยได้ตรวจสอบรายชื่อผู้สูงอายุแล้วไม่ปรากฏรายชื่ออยู่ในการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) และผู้สูงอายุที่ตายอยู่ในครัวเรือนยากจน โดยมีรายได้ในครัวเรือนเฉลี่ยต่อปี ตกเกณฑ์รายได้ข้อมูลความเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ในปีที่ตายจริง

(ลงชื่อ) ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ / /

หมายเหตุ : ผู้ให้การรับรองผู้สูงอายุที่ตายเป็นผู้ที่อยู่ในครัวเรือนยากจนตามเกณฑ์ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) และไม่ได้รับการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ในปีที่ตาย รับรองโดย นายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือประธานชุมชน หรือผู้อำนวยการสำนักงานเขต หรือนายอำเภอ หรือนายกเมืองพัทยา โดยผู้ยื่นคำขอและผู้รับรอง ต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน

แบบสัมภาษณ์คนไทยผู้ตกทุกข์ได้ยากกลับภูมิลำเนาเดิม

ภายในประเทศ

ปัญหาความเดือดร้อน

- เดินทางมาทำงานทำ
- ถูกเลิกจ้าง ทำงานแล้วไม่ได้รับค่าจ้าง
- ถูกล่อลวง
- เดินทางมาหาคู่สมรส,ญาติ
- เดินทางมารับการรักษาพยาบาล
- อื่น ๆ (ระบุ).....

ความต้องการช่วยเหลือเพิ่มเติม เมื่อกลับภูมิลำเนา

- ต้องการฝึกอาชีพ
- ต้องการค่าใช้จ่ายด้านการศึกษาบุตร
- ต้องการเงินทุนประกอบอาชีพ
- อื่น ๆ (ระบุ)

ภายนอกประเทศ

จากประเทศเดินทางกลับถึงประเทศไทยวันที่ โดยเที่ยวบิน

ภูมิหลังของผู้รับการช่วยเหลือ

เดินทางไปต่างประเทศเมื่อวันที่เดือน พ.ศ. สถานที่ทำงาน/พักอาศัย

จุดประสงค์ที่เดินทางไป เสียค่านายหน้า.....บาท ถูกจับเมื่อวันที่

ผู้จัดส่ง (นาย/นาง/นางสาว/บริษัท)

สาเหตุที่เดินทางกลับ

ข้อมูลประกอบการพิจารณา

ค่าใช้จ่าย

ค่าใช้จ่ายในการเดินทางกลับภูมิลำเนา

ค่ารถโดยสารประจำทาง/รถไฟชั้น 3 จากกรุงเทพฯ -เป็นเงิน.....บาท

ค่าต่อรถ - บ้านพักเป็นเงิน.....บาท

ค่าอาหารระหว่างเดินทาง.....คน.....วันๆ ละ.....บาท.....เป็นเงิน.....บาท

ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ (ขวดนม นมผง ยาสีฟัน รองเท้าแตะ ฯ).....เป็นเงิน.....บาท

เป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

ความเห็นของนักสังคมสงเคราะห์

เห็นควรสงเคราะห์ค่าพาหนะและค่าอาหารในการเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิม จังหวัด.....

แก่ (นาย/นาง/นางสาว).....เป็นเงิน.....บาท

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับความช่วยเหลือ
(.....)
โทรศัพท์

ลงชื่อ.....นักสังคมสงเคราะห์/เจ้าหน้าที่
(.....)
โทรศัพท์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....