

ลูกหนี้ เจ้าหนี้ที่กระทำการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เท่านั้น

ครั้งที่ _____ ปี _____

เลขที่แบบบันทึก วันที่รับเรื่อง

การเข้ารับบริการ Walk in ออกหน่วยเคลื่อนที่ สำรวจ รับจากองค์กร/หน่วยงานภายนอก

ชื่อ-นามสกุล ผู้สำรวจ/รับเรื่อง/สอบถามเท็จจริง ตำแหน่ง



แบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

1. ผู้ยื่นคำร้อง / ผู้แจ้งเหตุ (กรณีไม่สามารถยื่นคำร้องได้ด้วยตนเอง) / ผู้ยื่นคำขอ

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

เลขที่บัตรประชาชน กรณีไม่มีเนื่องจาก

วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี เพศ ชาย หญิง

ความสัมพันธ์กับผู้ประสบปัญหา ระดับการศึกษาสูงสุด

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน ต๊ะอก

ซอย ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรสาร โทรศัพท์มือถือ

e-Mail

2. ประวัติผู้ประสบปัญหาทางสังคม

2.1 กรณีบุคคลทั่วไป

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

เลขที่บัตรประชาชน กรณีไม่มีเนื่องจาก

วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี เพศ ชาย หญิง

เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา

สถานภาพ โสด สมรสอยู่ด้วยกัน สมรสแยกกันอยู่ หย่าร้าง ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน หมาย (คู่สมรสเสียชีวิต)

2.2 กรณีเด็ก

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

เลขที่บัตรประชาชน กรณีไม่มีเนื่องจาก

วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี เพศ ชาย หญิง

เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา

กรณีเด็ก กรอกข้อมูลเพิ่มเติม ดังนี้

บิดา ชื่อ นามสกุล วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี

มารดา ชื่อ นามสกุล วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี

ความสัมพันธ์ของผู้อุปการะเด็ก บุพฯ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อ่า ไม่มีความสัมพันธ์ อื่นๆ

สาเหตุของการอุปการะ บิดา หอดทึ้ง เสียชีวิต ต้องโภชนาญาคุก อื่นๆ ระบุ

มารดา หอดทึ้ง เสียชีวิต ต้องโภชนาญาคุก อื่นๆ ระบุ

3. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

พิกัด GPS : ละติจูด.....	ลองจิจูด.....	<input type="checkbox"/>	
ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน.....	รหัสประจำบ้าน.....		
บ้านเลขที่.....	หมู่ที่.....	ตรอก.....	ซอย.....
ถนน.....	ตำบล/แขวง.....	อำเภอ/เขต.....	
จังหวัด.....	รหัสไปรษณีย์.....		
โทรศัพท์.....	เบอร์ต่อ.....	โทรศัพท์.....	
โทรศัพท์มือถือ.....			

4. ที่อยู่ปัจจุบัน ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

(กรณีเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ปัจจุบันของเจ้าของบ้าน ขอให้ทำเครื่องหมาย และข้ามไปกรอกข้อมูลติดต่อผ่านชื่อและเบอร์โทรศัพท์)

○ น้ำหนอน ○ อาศัยผื่นอย ○ อาศัยอยกบวนติ ○ บันเช่ ○ อยกบผัจัง ○ ไมมทอยเป็นหลักแหล่ง

พิกัด GPS : ละติจูด ลองจิจูด

ห้องประชุมที่ ห้องน้ำที่อยู่บ้าน

นั่งวนเวียนอยู่ที่หน้าห้องน้ำบ้าน

_____ สำเนา _____ สำเนา _____ สำเนา _____

คู่มือการใช้ตัวชี้วัด จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

โทรศัพท์มือถือ _____

โดยที่ผ่านมา โทรศัพท์มือถือ

สภาพที่อยู่อาศัย

- มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองและมั่นคงการ มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองแต่ไม่มั่นคงการ อาศัยอยู่กับผู้อื่น
 อยู่ในที่ดินบุคคลอื่น บ้านเช่า พื้นที่สาธารณะ

ระดับการศึกษาสูงสุด

- ไม่ได้รับการศึกษา/ไม่จบชั้น ประถมศึกษาตอนต้น ประถมศึกษาตอนปลาย มัธยมศึกษาตอนต้น
 มัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช. ปวส./อนุปริญญา บริณญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี

ອາຊີພ

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน | <input type="checkbox"/> นักเรียน/นักศึกษา | <input type="checkbox"/> ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว | <input type="checkbox"/> กีฬา/สามเณร/แม่济 |
| <input type="checkbox"/> เกษตรกร (ทำไร่/นา/สวน/เลี้ยงสัตว์/ประมง) | <input type="checkbox"/> รับจ้าง | <input type="checkbox"/> ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ | |
| <input type="checkbox"/> พนักงานรัฐวิสาหกิจ | <input type="checkbox"/> พนักงานบริษัท | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... | |
| รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท | | ที่มาของรายได้ | <input type="checkbox"/> ด้วยตนเอง <input type="checkbox"/> ผู้อื่นให้ |
| หนี้สินในระบบ.....บาท | | หนี้สินนอกระบบ.....บาท | |

สมาชิกในครอบครัว (ไม่รวมผู้ประสบปัญหาทางสังคมและต้องเป็นสมาชิกในครอบครัวเท่านั้น)

5. ประเภทผู้ขอรับบริการ

- ครอบครัวของเด็ก/เด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน
- ผู้ดักทุข์ได้ยากที่ขอให้ช่วยเหลือส่งกลับภูมิลำเนาเดิม
- ผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน
- ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยที่ประสบความเดือดร้อนหรือผู้ไร้ที่พึ่ง
- ครอบครัวคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการและประสบปัญหาความเดือดร้อน
- สดร.หรือครอบครัวที่ประสบปัญหาทางสังคม
- ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนและมีความจำเป็นในเรื่องต่างๆ
- ผู้สูงอายุที่ถูกทำรุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง
- สดร.ที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีผู้อยู่ในอุปการะ
- สดร.ที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ไม่ได้ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะคนในครอบครัวที่ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์
- สดร.ที่ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู
- สดร.ที่สามีป่วย หรือเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะเลี้ยงดูบุตรคลื่นในครอบครัว
- ครอบครัวที่เป็นหัวหน้าครอบครัวติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีผู้อยู่ในอุปการะ
- ครอบครัวที่เป็นหัวหน้าครอบครัวไม่ได้ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์
- ครอบครัวที่หัวหน้าครอบครัวถึงแก่กรรมด้วยโรคเอดส์
- ผู้ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู
- รายงานบนพื้นที่สูง ซึ่งเป็นขาวเข้าประสบปัญหาความเดือดร้อน

6. สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

6.1 ด้านที่อยู่อาศัย

- ไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย
- ไม่มีที่อยู่อาศัย

- สภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมต่อการพักอาศัย
- เรือน

6.2 ด้านสุขภาพอนามัย

- ติดเชื้อเอ็ดส์ (HIV)/ ป่วยด้วยโรคเอดส์
- ป่วยเป็นโรคร้ายแรง
- ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน
- ผู้ป่วยทางจิต

- หลงลืมชราภาพ
- ได้รับผลกระทบจากเชื้อเอ็ดส์/ป่วยด้วยโรคเอดส์
- เจ็บป่วยเรื้อรัง
- ขาดแคลนอาหารอุปกรณ์/ไม่มีเครื่องซ่อมแซมพื้นที่พักอาศัย
- ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการพั้นฟูสมรรถภาพ
- ติดยาเสพติด
- โรคซึมเศร้า
- อื่นๆ ระบุ.....

6.3 ด้านการศึกษา

- ขาดโอกาสทางการศึกษา

- ไม่มีทุนการศึกษา

6.4 ด้านการเมืองงานทำ และมีรายได้

- ขอทาน
- ถูกเลิกจ้าง/ว่างงาน
- ไม่มีการออม
- ไม่มีรายได้
- ไม่มีที่ดินทำกิน

- ขาดทักษะในการประกอบอาชีพ
- ถูกนายจ้างเอาเปรียบ
- ไม่มีงานทำ
- ไม่มีอาชีพ
- รายได้ไม่แน่นอน
- รายได้ไม่พอใช้จ่าย
- มีหนี้สิน
- ไม่มีทุนประกอบอาชีพ
- ยากจน/ไร้ที่พึ่ง
- อื่นๆ ระบุ.....

6.5 ด้านครอบครัว

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> กำพร้า | <input type="checkbox"/> ครอบครัวแต่งแยก/พ่อแม่แยกทาง |
| <input type="checkbox"/> ครอบครัวอุปถัมภ์ | <input type="checkbox"/> ได้รับการเลี้ยงดูไม่เหมาะสม |
| <input type="checkbox"/> ได้รับผลกระทบจากการที่คนในครอบครัวต้องโ去过世 | <input type="checkbox"/> ต้องดูแลบุคคลในครอบครัว |
| <input type="checkbox"/> ต้องรับภาระหน้าที่ในครอบครัวเกินวัย/เกินความสามารถสติปัญญา | <input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์นักสมรส |
| <input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตร | <input type="checkbox"/> ถูกทอดทิ้ง |
| <input type="checkbox"/> อยู่ตามลำพังไม่มีผู้ดูแล และมีปัญหาในการดูแลชีวิต | <input type="checkbox"/> ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลแม่พุทธิกรรมไม่เหมาะสม |
| <input type="checkbox"/> ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลไม่สามารถอุปการะเลี้ยงดูได้ | <input type="checkbox"/> พ่อแม่ที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง/พ่อเลี้ยงเดียว |
| <input type="checkbox"/> แม่เม่ายที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง/แม่เลี้ยงเดียว | <input type="checkbox"/> ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน |
| <input type="checkbox"/> ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางคืน ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน | <input type="checkbox"/> ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้ |
| <input type="checkbox"/> ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านร่างกาย | <input type="checkbox"/> ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านจิตใจ |
| <input type="checkbox"/> ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านเพศ | <input type="checkbox"/> ครอบครัวมีหนี้สิน |
| <input type="checkbox"/> ครอบครัวมีภาระเลี้ยงดูบุตรประจำชาติ (อาทิ เด็กคนพิการ ผู้ดูแลเชื้อเอชสี ผู้ดูแลยาเสพติด) | |
| <input type="checkbox"/> ผู้อุปการะมีฐานะยากจน/ขาดแคลน | <input type="checkbox"/> ครอบครัวยากจน |

6.6 ด้านความรุนแรงในครอบครัว/สังคม

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> เป็นผู้กระทำการความรุนแรงต่อผู้อื่น | <input type="checkbox"/> ทำรุณกรรมทางร่างกาย |
| <input type="checkbox"/> ทำรุณกรรมทางจิตใจ | <input type="checkbox"/> ทำรุณกรรมทางเพศ |

6.7 ด้านการเป็นผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ตกเป็นเครื่องมือของห้ามประโยชน์อื่นๆ | <input type="checkbox"/> ถูกทำรุณกรรม/กักขัง/หน่วงเหนี่ยว |
| <input type="checkbox"/> ถูกบังคับขอทาน | <input type="checkbox"/> ถูกบังคับค่าประเวณี |
| <input type="checkbox"/> ถูกล่อหลวง | <input type="checkbox"/> ถูกแสวงหาประโยชน์ทางเพศ |
| <input type="checkbox"/> เป็นผู้กระทำการความรุนแรงต่อผู้อื่น | <input type="checkbox"/> ถูกบังคับใช้แรงงาน |
| <input type="checkbox"/> ถูกบังคับให้ประพฤติผิดกฎหมาย | |

6.8 ด้านการเข้าไม่ถึงสิทธิและความเป็นธรรมในสังคม

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีค่าพาหนะเดินทางกลับภูมิลำเนา | |
| <input type="checkbox"/> ไม่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐ | |
| <input type="checkbox"/> ยังไม่ยื่นคำขอเมียบัตรประจำตัวคนพิการ | |
| <input type="checkbox"/> ไม่มีสถานที่ทางทะเบียนรายภูมิ | |
| <input type="checkbox"/> ขอบบุตรบุญธรรม | |
| <input type="checkbox"/> การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมระหว่างเพศ | |
| <input type="checkbox"/> ถูกรังเกียจเหยียดหยาม | |
| <input type="checkbox"/> เคยต้องโ去过世/ประสบปัญหาการใช้ชีวิตในสังคม | |
| <input type="checkbox"/> ถูกละเมิดทางเพศ | |
| <input type="checkbox"/> ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความรุนแรงทางการเมือง | |
| <input type="checkbox"/> ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบขนาดภาคใต้ | |
| <input type="checkbox"/> ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติภัยแล้ง/ภัยหนาว/วาตภัย/อุทกภัย/อัคคีภัย/แผ่นดินไหว | |
| <input type="checkbox"/> ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติภัยแล้ง/ภัยหนาว/วาตภัย/อุทกภัย/อัคคีภัย/แผ่นดินไหว | |

6.9 ด้านสภาพปัญหาสังคมอื่นๆ

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ประพฤติดีไม่เหมาะสม | |
| <input type="checkbox"/> เสียงต่อการกระทำผิด | |
| <input type="checkbox"/> ไม่ทราบวิธีการปฏิบัตินหรือการปรับตัวที่เหมาะสม | |
| <input type="checkbox"/> การอพยพ/หลบหนีเข้าเมือง | |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... | |

7. เรื่องขอรับความช่วยเหลือที่ต้องการ

7.1 ด้านเงิน (ใส่จำนวนเงินด้วย)	บัญชีทั้งหมดเป็นบาทเดียว
<input type="checkbox"/> ค่าเลี้ยงดู ค่าพาหนะ สำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
<input type="checkbox"/> เกี่ยวกับการศึกษาสำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
<input type="checkbox"/> เงินทุนประกันอาชีพ สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
<input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาล สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
<input type="checkbox"/> ค่าภายในอุปกรณ์แก่เด็กพิการและทุพพลภาพ	1
<input type="checkbox"/> อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยป้องกันและแก้ไขความพิการของเด็ก	1
<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายในการส่งตัวผู้ดูแลทุกชีวิตรักษาในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม	2
<input type="checkbox"/> ค่าอาหารระหว่างรอรับการลงทะเบียน และระหว่างเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิม	2
<input type="checkbox"/> ค่าพาหนะส่งตัวผู้ดูแลทุกชีวิตรักษาในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม	2
<input type="checkbox"/> ค่าเช่าที่พักของผู้ดูแลทุกชีวิตรักษาในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม	2
<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระหว่างรอรับการลงทะเบียน	2
<input type="checkbox"/> ระหว่างการเดินทางเพื่อรับการลงทะเบียนหรือกลับภูมิลำเนาเดิม	2
<input type="checkbox"/> เงินอุดหนุนเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน	3
<input type="checkbox"/> ค่าเครื่องอุปโภคบริโภค	4,5,6,9,11
<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายในการครองชีพตามความจำเป็น	4,5,6,9,11
<input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาล เช่น ค่ายา ค่าอุปกรณ์การรักษา ค่าอาหารที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของทางราชการสั่งรวมถึงค่าพาหนะ ค่าอาหาร ระหว่างติดต่อรักษาพยาบาล	4,5,6,9,11
<input type="checkbox"/> ค่าซ่อมแซมที่อยู่อาศัย	4,5,6,9,11
<input type="checkbox"/> เงินทุนประกันอาชีพ	9,10,11
<input type="checkbox"/> เงินทุนประกันอาชีพ รวมถึงการรวมกลุ่ม	4,5,6
<input type="checkbox"/> ค่าอาหาร	7
<input type="checkbox"/> ค่าเครื่องนุ่งห่ม	7
<input type="checkbox"/> ค่าพาหนะเดินทาง ค่าอาหาร ค่าเครื่องนุ่งห่ม หรือค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้น แก่ผู้สูงอายุที่ถูกทำรุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง	7
<input type="checkbox"/> เงินทุนประกันอาชีพแก่สตรีที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเออเดส์/ผู้ติดเชื้ออे�อเดส์และครอบครัว	8
<input type="checkbox"/> ค่าวัสดุที่พักชั่วคราว	10
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ	11
	1-11
7.2 ด้านสิ่งของ (ใส่จำนวน ชนิด รายการ ของสิ่งของด้วย)	
<input type="checkbox"/> เครื่องอุปโภคและบริโภค เช่น มุ้ง ผ้าห่มนอน แป้ง นม	
<input type="checkbox"/> อุปกรณ์การศึกษา <input type="checkbox"/> อาหาร <input type="checkbox"/> เครื่องนุ่งห่ม <input type="checkbox"/> น้ำผึ้งสำหรับเด็ก <input type="checkbox"/> ยารักษาโรค	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ	
7.3 ความช่วยเหลืออื่นๆ	
<input type="checkbox"/> ส่งไปทำกายภาพบำบัด <input type="checkbox"/> ส่งเข้ารับการรักษา/บำบัด <input type="checkbox"/> ติดตามหาญาติ	
<input type="checkbox"/> เข้ารับบริการในศูนย์บริการผู้สูงอายุ หรืออยู่ในความอุปการะของสถานลงทะเบียนคนชรา หรือสถานที่อื่นที่เหมาะสม	
<input type="checkbox"/> แยกผู้สูงอายุที่ถูกทำรุณกรรมไปพักอาศัยในสถานที่อื่นซึ่งมีความปลอดภัย	
<input type="checkbox"/> นำผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพโดย สุขภาพจิต	
<input type="checkbox"/> แจ้งความต่อหน้างานสอบสวนเพื่อดำเนินคดีต่อผู้กระทำผิดทำรุณกรรม	
<input type="checkbox"/> ให้คำแนะนำแก่ครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอยู่ด้วย เพื่อทำความเข้าใจให้สามารถดูแลผู้สูงอายุมีให้ถูกทำรุณกรรมอีก	
<input type="checkbox"/> ให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับคดีและเรื่องสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ	
<input type="checkbox"/> ให้การฟื้นฟูสภาพร่างกาย สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ให้กลับไปสู่สภาวะปกติ และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุ กับครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย	
<input type="checkbox"/> ส่งกลับภูมิลำเนาเดิม	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ	

8. สิทธิสวัสดิการที่เคยได้รับ

1. ไม่เคย
2. เคย อะไรมากในปีงบประมาณนี้ จำนวน ครั้ง รวมเป็นเงิน บาท ได้แก่ (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 สวัสดิการอื่นจากภาครัฐ ระบุ
- 2.9 สวัสดิการภาคเอกชน
- 2.10 เงินกู้
- 2.11 เครื่องช่วยความพิการ
- 2.12 อื่นๆ ระบุ

9. การรับรองข้อมูลส่วนบุคคล

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตรงความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ระจับสวัสดิการและประโยชน์อื่นๆ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสาร เพื่อประโยชน์ในการพัฒนา คุณภาพชีวิตของข้าพเจ้าและครอบครัว

ลงชื่อ..... ผู้ขอรับความช่วยเหลือ ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่รับคำขอ
(.....) (.....)
ลงวันที่..... ลงวันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมบ้าน เท่านั้น

ผลการเยี่ยมบ้าน

ตรวจเยี่ยม

เจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยม ชื่อ - สกุล ตำแหน่ง

หน่วยงาน

ชื่อ - สกุล ของผู้ประสบปัญหาทางสังคม.....

บ้านเลขที่.....

สภาพที่อยู่อาศัย

สภาพปัญหาความเดือดร้อน

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมบ้าน

ลงชื่อ ผู้เยี่ยมบ้าน

(.....)

ตำแหน่ง

ลงวันที่ (ว.ด.ป.ที่เยี่ยมบ้าน)

หมายเหตุ : ผู้เยี่ยมบ้าน หมายถึง เจ้าหน้าที่กรุงเทพ พม. หรือเจ้าหน้าที่หน่วยบริการในพื้นที่หรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐ ที่ได้รับมอบหมายหรือได้รับคำขอนี้ หรืออาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.)

ส่วนนี้ สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้วินิจฉัย เท่านั้น

การพิจารณาให้ความช่วยเหลือ

ความเห็นของผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ

- ช่วยเหลือเป็นเงิน จำนวน บาท หรือ
 ช่วยเหลือเป็นสิ่งของ ระบุ อุปกรณ์การศึกษา อาหาร
 เครื่องปุ่งหัน ยารักษาโรค
 นมผงสำหรับเด็ก เครื่องอุปโภคและบริโภค
 อื่นๆ ระบุ

มูลค่าสิ่งของ จำนวน บาท

ตามระเบียบ/ประกาศ/หนังสือ

เงินอุดหนุนประเภท.....

ลงชื่อ ผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ

(.....)

ตำแหน่ง

เลขที่

วันที่.....เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ : ผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ ได้แก่

- (๑) ผู้ซึ่งระเบียบ ประกาศ หรือหลักเกณฑ์ที่ว่าด้วยการนั้น กำหนดให้เป็นผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ หรือ
(๒) นักสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต หรือเจ้าหน้าที่อื่นซึ่งปฏิบัติ
หน้าที่ในความควบคุมของนักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต หรือ
เจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าส่วนราชการเจ้าของเงินอุดหนุน

ผลการพิจารณาให้ความช่วยเหลือของคณะกรรมการพิจารณาให้ความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม

วันที่ประชุมคณะกรรมการฯ..... ครั้งที่.....

ทราบ (เร่งด่วน)

คุณสมบัติผู้ประสบปัญหาทางสังคม

เท็นขอบ

ไม่เท็นขอบ ระบุเหตุผล.....

วิธีการให้ความช่วยเหลือ

เท็นขอบ

ไม่เท็นขอบ ระบุเหตุผล.....

ความเห็นเพิ่มเติม.....

รายละเอียดสำหรับการจ่ายเงิน เท่านั้น

1. รับด้วยตนเอง/มอบอำนาจรับแทน

เงินสด เช็ค เลขที่ ธนาคาร.....

หากมีการรับแทนโปรดระบุ เลขที่บัตรประชาชน
ชื่อ - นามสกุล.....
เบอร์โทรศัพท์.....

ผู้รับแทน

2. โอนเข้าบัญชีธนาคาร โอนเข้าบัญชี พร้อมเพย์ (Prompt Pay) KTB Corporate Online e-Payment ชื่อ - นามสกุล ผู้รับเงิน.....

เลขที่บัตรประชาชน เบอร์โทรศัพท์.....
เลขที่บัญชี..... ชื่อบัญชี.....
ธนาคาร..... สาขา.....

รายละเอียดสำหรับการรับสิ่งของ

รับด้วยตนเอง

ผู้รับแทน เลขที่บัตรประชาชน
ชื่อ-นามสกุล.....

ประสานส่งต่อไปยังหน่วยงาน ชื่อหน่วยงาน จังหวัด

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

ช่วยเหลือด้านอื่นๆ

..... ให้คำปรึกษา/แนะนำ ช่วยเหลือทางด้านกฎหมาย/คุ้มครองสิทธิ์ ติดตามหมายเหตุ
 ที่อยู่อาศัย/ที่ทำการ อื่นๆ ระบุ

..... ระับความช่วยเหลือ เนื่องจาก

การบูรณาการความช่วยเหลือร่วมกับหน่วยอื่น

หน่วยงานภายใน พม.

- | | | | |
|---|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> ดย. หน่วยงาน..... | <input type="checkbox"/> เงิน..... | <input type="checkbox"/> สิ่งของ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> พก. หน่วยงาน..... | <input type="checkbox"/> เงิน..... | <input type="checkbox"/> สิ่งของ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> พส. หน่วยงาน..... | <input type="checkbox"/> เงิน..... | <input type="checkbox"/> สิ่งของ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> ผส. หน่วยงาน..... | <input type="checkbox"/> เงิน..... | <input type="checkbox"/> สิ่งของ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> สค. หน่วยงาน..... | <input type="checkbox"/> เงิน..... | <input type="checkbox"/> สิ่งของ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> กศช. หน่วยงาน..... | <input type="checkbox"/> เงิน..... | <input type="checkbox"/> สิ่งของ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> พอช. หน่วยงาน..... | <input type="checkbox"/> เงิน..... | <input type="checkbox"/> สิ่งของ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |

หน่วยงาน/องค์กร ภายนอก

- | | | |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> เหล่ากาชาด/อำเภอ/จังหวัด..... | <input type="checkbox"/> เงิน..... | <input type="checkbox"/> สิ่งของ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> อบต./เทศบาล/อำเภอ..... | <input type="checkbox"/> เงิน..... | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> มูลนิธิ/องค์กร/เครือข่าย..... | <input type="checkbox"/> เงิน..... | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> หน่วยงานรัฐในพื้นที่ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> เงิน..... | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> สำนักงานองค์กร..... | <input type="checkbox"/> เงิน..... | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> เงินบริจาค/ช่วยเหลือจากบุคคลทั่วไป จำนวน | | บาท |

เลขที่.....

แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ

KTB Corporate Online

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเชียงราย

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

เลขประจำตัวประชาชน

สำนัก/กอง/ศูนย์..... สังกัด กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
อยู่บ้านเลขที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ขอรับเงินสวัสดิการ ค่าตอบแทน ผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชี
เงินฝากธนาคาร มาเพื่อเป็นหลักฐานด้วยแล้ว

- กรณีเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ ที่สังกัดส่วนราชการผู้จ่าย
- เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ใช้สำหรับรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน
บัญชีเงินฝากธนาคาร..... สาขา.....
ประเภท..... เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....
- เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารอื่น (ตามที่อธิบดีกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพอนุญาต)
บัญชีเงินฝากธนาคาร..... สาขา.....
ประเภท..... เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....
- กรณีเป็นบุคคลภายนอก เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....
สาขา..... ประเภท..... เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

และเมื่อสำนักงานเลขานุการกรมโอนเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online แล้ว ให้ส่งข้อมูลการโอนเงิน
ผ่านช่องทาง

- ข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ (SMS) ที่เบอร์โทรศัพท์.....
- จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ตาม e-mail address.....

ลงชื่อ..... ผู้มีสิทธิรับเงิน

(.....)

หมายเหตุ : เลขที่ของแบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online ให้ระบุหมายเลข
กำกับเรียงกันไปทุกฉบับ เพื่อประโยชน์ในการจัดทำทะเบียนคุมการโอนเงิน