

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



กระทรวงการพัฒนาลังคมและความมั่นคงของมนุษย์

e-Mail _____

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

มารดา ☐ ทอดทิ้ง ☐ เสียชีวิต ☐ ต้องโทษจำคุก ☐ อื่นๆ ระบุ.....

[illegible]

5. ประเภทผู้ขอรับบริการ

- ☐ ครอบครัวของเด็ก/เด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน
- ☐ ผู้ตกทุกข์ได้ยากที่ขอให้ช่วยเหลือส่งกลับภูมิลำเนาเดิม
- ☐ ผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน
- ☐ ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยที่ประสบความเดือดร้อนหรือผู้ไร้ที่พึ่ง
- ☐ ครอบครัวคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการและประสบปัญหาความเดือดร้อน
- ☐ สตรีหรือครอบครัวที่ประสบปัญหาทางสังคม
- ☐ ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนและมีความจำเป็นในเรื่องต่างๆ
- ☐ ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง
- ☐ สตรีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ติดเชืหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีผู้อยู่ในอุปการะ
- ☐ สตรีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ไม่ได้ติดเชืหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะคนในครอบครัวที่ติดเชืหรือป่วยด้วยโรคเอดส์
- ☐ สตรีที่ติดเชืหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ไม่มีผู้อยู่การะเลี้ยงดู
- ☐ สตรีที่สามีป่วย หรือเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะเลี้ยงดูบุคคลในครอบครัว
- ☐ ครอบครัวที่เป็นหัวหน้าครอบครัวติดเชืหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีผู้อยู่ในอุปการะ
- ☐ ครอบครัวที่เป็นหัวหน้าครอบครัวไม่ได้ติดเชืหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชืหรือป่วยด้วยโรคเอดส์
- ☐ ครอบครัวที่หัวหน้าครอบครัวถึงแก่กรรมด้วยโรคเอดส์
- ☐ ผู้ติดเชืหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ไม่มีผู้อยู่การะเลี้ยงดู
- ☐ ราษฎรบนพื้นที่สูง ซึ่งเป็นชาวเขาประสบปัญหาความเดือดร้อน

6. สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

6.1 ด้านที่อยู่อาศัย

- ☐ ไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย
- ☐ ไม่มีที่อยู่อาศัย
- ☐ สภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมต่อการพักอาศัย
- ☐ เร่ร่อน

6.2 ด้านสุขภาพอนามัย

- ☐ ติดเชืเอดส์ (HIV)/ ป่วยด้วยโรคเอดส์
- ☐ ป่วยเป็นโรคร้ายแรง
- ☐ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน
- ☐ ผู้ป่วยทางจิต
- ☐ หงล้มชราภาพ
- ☐ ได้รับผลกระทบจากเชืเอดส์/ป่วยด้วยโรคเอดส์
- ☐ เจ็บป่วยเรื้อรัง
- ☐ ขาดแคลนกายอุปกรณ์/ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ
- ☐ ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ☐ ดิตยาเสพติด
- ☐ โรคซึมเศร้า
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....

6.3 ด้านการศึกษา

- ☐ ขาดโอกาสทางการศึกษา
- ☐ ไม่มีทุนการศึกษา

6.4 ด้านการมีงานทำ และมีรายได้

- ☐ ขอดาน
- ☐ ถูกเลิกจ้าง/ว่างงาน
- ☐ ไม่มีการออม
- ☐ ไม่มีรายได้
- ☐ ไม่มีที่ดินทำกิน
- ☐ ขาดทักษะในการประกอบอาชีพ
- ☐ ถูกนายจ้างเอารัดเอาเปรียบ
- ☐ ไม่มีงานทำ
- ☐ ไม่มีอาชีพ
- ☐ รายได้ไม่แน่นอน
- ☐ รายได้ไม่พอใช้จ่าย
- ☐ มีหนี้สิน
- ☐ ไม่มีทุนประกอบอาชีพ
- ☐ ยากจน/ไร้ที่พึ่ง
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....

6.5 ด้านครอบครัว

- | | |
|--|--|
| ☐ กำพร้า | ☐ ครอบครัวแตกแยก/พ่อแม่แยกทาง |
| ☐ ครอบครัวอุปถัมภ์ | ☐ ได้รับการเลี้ยงดูไม่เหมาะสม |
| ☐ ได้รับผลกระทบจากการที่คนในครอบครัวต้องโทษจำคุก | ☐ ต้องดูแลบุคคลในครอบครัว |
| ☐ ต้องรับภาระหน้าที่ในครอบครัวเกินวัย/เกินความสามารถสติปัญญา | ☐ ตั้งครรภ์นอกสมรส |
| ☐ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตร | ☐ ถูกทอดทิ้ง |
| ☐ อยู่ตามลำพังไม่มีผู้ดูแล และมีปัญหาในการดำรงชีวิต | ☐ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม |
| ☐ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลไม่สามารถอุปการะเลี้ยงดูได้ | ☐ พ่อแม่ที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง/พ่อเลี้ยงเดี่ยว |
| ☐ แม่เฒ่าที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง/แม่เลี้ยงเดี่ยว | ☐ ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน |
| ☐ ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางคืน ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน | ☐ ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้ |
| ☐ ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านร่างกาย | ☐ ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านจิตใจ |
| ☐ ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านเพศ | ☐ ครอบครัวมีหนี้สิน |
| ☐ ครอบครัวมีการเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (อาทิ เด็กคนพิการ ผู้ติดเชื่อเอดส์ ผู้ติดยาเสพติด) | |
| ☐ ผู้อุปการะมีฐานะยากจน/ขาดแคลน | ☐ ครอบครัวยากจน |

6.6 ด้านความรุนแรงในครอบครัว/สังคม

- | | |
|---|--|
| ☐ เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น | ☐ ทารุณกรรมทางร่างกาย |
| ☐ ทารุณกรรมทางจิตใจ | ☐ ทารุณกรรมทางเพศ |

6.7 ด้านการเป็นผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์

- | | |
|--|---|
| ☐ ตกเป็นเครื่องมือแสวงหาผลประโยชน์อื่นๆ | ☐ ถูกทารุณกรรม/กักขัง/หน่วงเหนี่ยว |
| ☐ ถูกบังคับขอทาน | ☐ ถูกบังคับค้าประเวณี |
| ☐ ถูกล่อลวง | ☐ ถูกแสวงหาประโยชน์ทางเพศ |
| ☐ เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น | ☐ ถูกบังคับใช้แรงงาน |
| ☐ ถูกบังคับให้ประพฤติดีกกฎหมาย | |

6.8 ด้านการเข้าถึงสิทธิและความเป็นธรรมในสังคม

- ☐ ไม่มีค่าพาหนะเดินทางกลับภูมิลำเนา
- ☐ ไม่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐ
- ☐ ยังไม่ยื่นคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ
- ☐ ไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎร
- ☐ ขอบุตรบุญธรรม
- ☐ การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมระหว่างเพศ
- ☐ ถูกรังแกเหยียดหยาม
- ☐ เคยต้องโทษ/ประสบปัญหาการใช้ชีวิตในสังคม
- ☐ ถูกละเมิดทางเพศ
- ☐ ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความรุนแรงทางการเมือง
- ☐ ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบชายแดนภาคใต้
- ☐ ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติภัยแล้ง/ภัยหนาว/วาตภัย/อุทกภัย/อัคคีภัย/แผ่นดินไหว
- ☐ ได้รับผลกระทบจากมลภาวะ/สภาพแวดล้อม

6.9 ด้านสภาพปัญหาสังคมอื่นๆ

- ☐ ประพฤติตนไม่เหมาะสม
- ☐ เสี่ยงต่อการกระทำผิด
- ☐ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนหรือการปรับตัวที่เหมาะสม
- ☐ การอพยพ/หลบหนีเข้าเมือง
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....

7. เรื่องขอรับความช่วยเหลือที่ต้องการ	
7.1 ด้านเงิน (ใส่จำนวนเงินด้วย) ☐ค่าเลี้ยงดู ค่าพาหนะ สำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน ☐เกี่ยวกับการศึกษาสำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน ☐เงินทุนประกอบอาชีพ สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน ☐ค่ารักษาพยาบาล สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน ☐ค่ากายอุปกรณ์แก่เด็กพิการและทุพพลภาพ ☐อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยป้องกันและแก้ไขความพิการของเด็ก ☐ค่าใช้จ่ายในการส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม ☐ค่าอาหารระหว่างรอรับการสงเคราะห์ และระหว่างเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิม ☐ค่าพาหนะส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม ☐ค่าเช่าที่พักของผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม ☐ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระหว่างรอรับการสงเคราะห์ ระหว่างการเดินทางเพื่อรับการสงเคราะห์หรือกลับภูมิลำเนาเดิม ☐เงินอุดหนุนเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน ☐ค่าเครื่องอุปโภคบริโภค ☐ค่าใช้จ่ายในการครองชีพตามความจำเป็น ☐ค่ารักษาพยาบาล เช่น ค่ายา ค่าอุปกรณ์การรักษา ค่าอาหารที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของทางราชการส่งรวมถึงค่าพาหนะ ค่าอาหาร ระหว่างติดต่อรักษาพยาบาล ☐ค่าซ่อมแซมที่อยู่อาศัย ☐เงินทุนประกอบอาชีพ ☐เงินทุนประกอบอาชีพ รวมถึงการรวมกลุ่ม ☐ค่าอาหาร ☐ค่าเครื่องนุ่งห่ม ☐ค่าพาหนะเดินทาง ค่าอาหาร ค่าเครื่องนุ่งห่ม หรือค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้น แก่ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง ☐เงินทุนประกอบอาชีพแก่สตรีที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว ☐ค่าวัสดุที่พักชั่วคราว ☐อื่นๆ ระบุ	บัญชีท้ายระเบียบาลำดับที่ 1 1 1 1 1 1 2 2 2 2 2 3 4,5,6,9,11 4,5,6,9,11 4,5,6,9,11 4,5,6,9,11 9,10,11 4,5,6 7 7 7 8 10 11 1-11
7.2 ด้านสิ่งของ (ใส่จำนวน ชนิด รายการ ของสิ่งของด้วย) ☐ เครื่องอุปโภคและบริโภค เช่น มุ้ง ผ้าห่มนอน แป้ง นม ☐ อุปกรณ์การศึกษา ☐ อาหาร ☐ เครื่องนุ่งห่ม ☐ นมผงสำหรับเด็ก ☐ ยารักษาโรค ☐ อื่นๆ ระบุ	
7.3 ความช่วยเหลืออื่นๆ ☐ส่งไปทำกายภาพบำบัด ☐ ส่งเข้ารับการรักษา/บำบัด ☐ ติดตามหาญาติ ☐เข้ารับบริการในศูนย์บริการผู้สูงอายุ หรืออยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์คนชรา หรือสถานที่อื่นที่เหมาะสม ☐แยกผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรมไปพักอาศัยในสถานที่อื่นซึ่งมีความปลอดภัย ☐นำผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพกาย สุขภาพจิต ☐แจ้งความต่อพนักงานสอบสวนเพื่อดำเนินคดีต่อผู้กระทำความผิดทารุณกรรม ☐ให้คำแนะนำแก่ครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอยู่ด้วย เพื่อทำความเข้าใจให้สามารถดูแลผู้สูงอายุมิให้ถูกทารุณกรรมอีก ☐ให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับคดีและเรื่องสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ ☐ให้การฟื้นฟูสภาพร่างกาย สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ให้กลับไปสู่สภาวะปกติ และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย ☐ส่งกลับภูมิลำเนาเดิม ☐อื่นๆ ระบุ	

8. สิทธิสวัสดิการที่เคยได้รับ

☐ 1. ไม่เคย

☐ 2. เคย อะไรบ้างในปีงบประมาณนี้ 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 ข้าพเจ้ายินยอมให้ระงับสวัสดิการและประโยชน์อื่นๆ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสาร เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าพเจ้าและครอบครัว

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับความช่วยเหลือ

(.....)

ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับคำขอ

(.....)

ลงวันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมบ้าน เท่านั้น

ผลการเยี่ยมบ้าน

ตรวจเยี่ยม

เจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยม ชื่อ - สกุลตำแหน่ง

หน่วยงาน

ชื่อ - สกุล ของผู้ประสบปัญหาทางสังคม

บ้านเลขที่

สภาพที่อยู่อาศัย

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

สภาพปัญหาความเดือดร้อน

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

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมบ้าน

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

ลงชื่อผู้เยี่ยมบ้าน

(.....)

ตำแหน่ง

ลงวันที่(ว.ด.ป.ที่เยี่ยมบ้าน)

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

ส่วนนี้ สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้วินิจฉัย เท่านั้น

การพิจารณาให้ความช่วยเหลือ

ความเห็นของผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ

☐ ช่วยเหลือเป็นเงิน จำนวน บาท หรือ

☐ ช่วยเหลือเป็นสิ่งของ ระบุ ☐ อุปกรณ์การศึกษา

☐ อาหาร

☐ เครื่องนุ่งห่ม

☐ ยารักษาโรค

☐ นมผงสำหรับเด็ก

☐ เครื่องอุปโภคและบริโภค

☐ อื่นๆ ระบุ.....

มูลค่าสิ่งของ จำนวน บาท

ตามระเบียบ/ประกาศ/หนังสือ

เงินอุดหนุนประเภท.....

ลงชื่อผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ

(.....)

ตำแหน่ง

เลขที่.....

วันที่.....เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ : ผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ ได้แก่

(๑) ผู้ซึ่งระเบียบ ประกาศ หรือหลักเกณฑ์ว่าด้วยการนั้น กำหนดให้เป็นผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ หรือ

(๒) นักสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ประกอบการวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ประกอบการวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต หรือเจ้าหน้าที่อื่นซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในความควบคุมของนักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ประกอบการวิชาชีพสังคมสงเคราะห์หรือผู้ประกอบการวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต หรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าส่วนราชการเจ้าของเงินอุดหนุน

ผลการพิจารณาให้ความช่วยเหลือของคณะกรรมการพิจารณาให้ความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม

วันที่ประชุมคณะกรรมการ.....ครั้งที่.....

☐ ทราบ (เร่งด่วน)

☐ คุณสมบัติผู้ประสบปัญหาทางสังคม

☐ เห็นชอบ

☐ ไม่เห็นชอบ ระบุเหตุผล.....

☐ วิธีการให้ความช่วยเหลือ

☐ เห็นชอบ

☐ ไม่เห็นชอบ ระบุเหตุผล.....

ความเห็นเพิ่มเติม.....

รายละเอียดสำหรับการจ่ายเงิน เท่านั้น

1. รับด้วยตนเอง/มอบอำนาจรับแทน

☐ เงินสด ☐ เช็ค เลขที่.....ธนาคาร.....

หากมีการรับแทนโปรดระบุ เลขที่บัตรประชาชน

ชื่อ - นามสกุล.....ผู้รับแทน

เบอร์โทรศัพท์.....

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/คุ้มครองสิทธิ ☐ ติดตามหาญาติ

☐ ที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน ☐ อื่นๆ ระบุ.....

☐ ได้รับความช่วยเหลือ เนื่องจาก.....

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.....

☐ สด. 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

แบบคำขอรับความช่วยเหลือกรณีผู้ตกทุกข์ได้ยากกลับภูมิลำเนาเดิม

ข้อมูลผู้ขอรับความช่วยเหลือ

ชื่อ - สกุล.....บ้านเลขที่

ปัญหาความเดือดร้อน

- ☐ เดินทางมาทำงานทำ ☐ ถูกเลิกจ้าง ทำงานแล้วไม่ได้รับค่าจ้าง ☐ ถูกล่อลวง
☐ เดินทางมาหาคู่สมรส , ญาติ ☐ เดินทางมารับการรักษาพยาบาล ☐ อื่นๆ ระบุ.....

ความต้องการช่วยเหลือเพิ่มเติม เมื่อกลับภูมิลำเนา

- ☐ ต้องการฝึกอาชีพ ☐ ต้องการค่าใช้จ่ายด้านการศึกษาบุตร
☐ ต้องการเงินทุนประกอบอาชีพ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

กรณีผู้ตกทุกข์ได้ยากในต่างประเทศ ให้กรอกข้อมูลต่อไปนี้ด้วย

เดินทางไปต่างประเทศเมื่อวันที่เดือน.....พ.ศ.

สถานที่ทำงาน/พักอาศัย.....

จุดประสงค์ที่เดินทางไป.....

ผู้จัดส่ง (นาย/นาง/นางสาว/บริษัท).....

สาเหตุที่เดินทางกลับ.....

จากประเทศ.....เดินทางกลับถึงประเทศไทยเมื่อวันที่

โดยเที่ยวบิน.....

ลงชื่อผู้ขอรับความช่วยเหลือ

(.....)

โทรศัพท์.....

ค่าใช้จ่ายในการเดินทางกลับภูมิลำเนา

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

ค่าต่อรถ - บ้านพัก.....เป็นเงิน.....บาท

ค่าอาหารระหว่างเดินทางคน.....วันๆละ.....บาท เป็นเงิน.....บาท

ค่าใช้จ่ายอื่นๆ (ขวดนม นมผง ยาสีฟัน รองเท้าแตะฯ).....เป็นเงิน.....บาท

เป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

ความเห็นของนักสังคมสงเคราะห์

เห็นควรสงเคราะห์ค่าพาหนะและค่าอาหารในการเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิม จังหวัด.....

แก่ (นาย/นาง/นางสาว).....เป็นเงินจำนวนบาท

ลงชื่อนักสังคมสงเคราะห์/เจ้าหน้าที่

(.....)

โทรศัพท์.....

วันที่เดือนพ.ศ.

เลขที่.....

แบบยื่นรับการรับเงินช่วยเหลือผ่านบัญชีธนาคาร

KTB Corporate Online

วันที่ เดือน..... พ.ศ.

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกระบี่

ข้าพเจ้า.....

เลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/หมู่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

- ขอรับเงิน ☐ เงินสงเคราะห์ผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน จำนวนบาท
- ☐ เงินสงเคราะห์เด็กในครอบครัวยากจน จำนวนบาท
- ☐ เงินสงเคราะห์เด็กในครอบครัวอุปถัมภ์ จำนวน.....บาท
- ☐ เงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะยากลำบาก จำนวนบาท
- ☐ เงินสงเคราะห์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ จำนวนบาท
- ☐ เงินสงเคราะห์ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยและไร้ที่พึ่ง จำนวน.....บาท

โดยการโอนเงินผ่านบัญชีธนาคาร..... ชื่อบัญชี

เลขที่บัญชี.....สาขา ประเภท.....

ทั้งนี้ได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (เล่มที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน) มาเพื่อเป็นหลักฐานด้วยแล้ว

และเมื่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกระบี่ โอนเงินผ่านบัญชีธนาคารของท่านแล้ว ข้าพเจ้าประสงค์ให้สำนักงานฯ แจ้งข้อมูลการโอนเงินให้ข้าพเจ้าทราบผ่านช่องทาง

- ☐ ข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ (SMS) ที่เบอร์โทรศัพท์.....
- ☐ โทรศัพท์แจ้งไปยังเบอร์โทร.....

ลงชื่อ.....ผู้มีสิทธิรับเงิน

(.....)

หมายเหตุ หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อกลับมายังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกระบี่ เบอร์ติดต่อ ๐๗๕-๖๑๑๐๔๔ คุณจารุสิน / คุณภณิดา / คุณนฤตยา ในวันเวลาราชการ