

แบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม

กรณีเงินอุดหนุน

เงินสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและผู้ไร้ที่พึ่ง

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘



เอกสารแนบ

๑. เอกสารผู้ประสบปัญหาทางสังคม / หัวหน้าครอบครัว (อายุ ๑๘ ปี ขึ้นไป)

- ๑.๑) สำเนาบัตรประจำตัวบัตรประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ (ต้องไม่หมดอายุ)
- ๑.๒) สำเนาทะเบียนบ้าน (พื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี) จำนวน ๑ ฉบับ
- ๑.๓) สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร จำนวน ๑ ฉบับ (ระบุชื่อผู้ประสบปัญหาทางสังคมเท่านั้น) ห้ามใช้บัญชีเพื่อ/โดย

\*\*\*หมายเหตุ\*\*\*

ส่งลายมือชื่อรับรองสำเนาด้วยตนเองทุกฉบับ ให้เห็นชัดเจนทุกฉบับ กรณีประทับลายนิ้วมือขอได้ ส่งทุกฉบับ (ดูข้อ ๒)

๒. ตัวอย่างการเขียนสภาพปัญหา

...ผู้ยื่นคำร้องเป็นหัวหน้าครอบครัว อาศัยอยู่กับ.....ประกอบอาชีพ.....มีรายได้เดือนละ.....มี  
 หนี้สิน.....ผ่อนชำระเดือนละ.....ค่าน้ำ.....ค่าไฟ.....ประสบปัญหา.....

มี/ไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ.....สวัสดิการด้านอื่นๆได้รับอะไรบ้าง.....ปัจจุบันรายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ

๓. ให้นำผู้ประสบปัญหาทางสังคมลงลายมือชื่อ ดังนี้

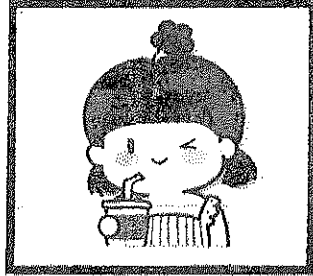
- ๓.๑) แยกต่างขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม หน้า 6 (ผู้ขอใบตามช่วยเหลือ)
- ๓.๒) แบบแจ้งข้อมูลฯ ไปเงิน โอนผ่านระบบ KTB Corporate Online (ผู้มีสิทธิโอนเงิน)
- ๓.๓) เอกสาร แสดงความยินยอม (Consent Form)
- ๓.๔) แบบใบขอแจ้งยอด ส่วนบุคคล (ผู้ขอรับตามช่วยเหลือ)
- ๓.๕) แบบใบพร้อมแจ้งแก่เจ้าหน้าที่การช่วยเหลือต่างๆ (ผู้ขอโอนเงินสงเคราะห์)

โดยผู้ประสบปัญหาทางสังคมลงลายมือชื่อ ให้แนบพร้อม กับเอกสารแนบ ตามข้อ ๑.

นาย..... อายุ ..... ปี

ลงเยี่ยมสอบข้อเท็จจริง วันที่ .....

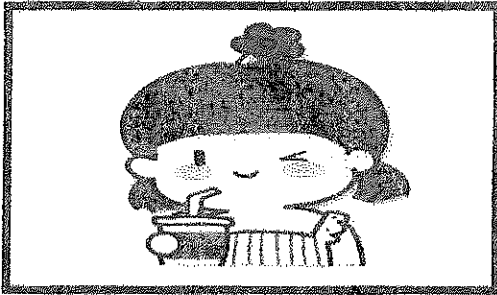
ณ บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัดสุราษฎร์ธานี



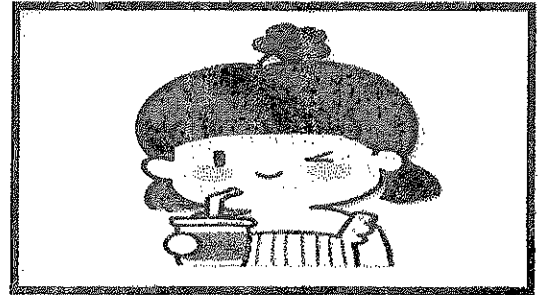
ภาพหน้าตรงถือบัตรประชาชน



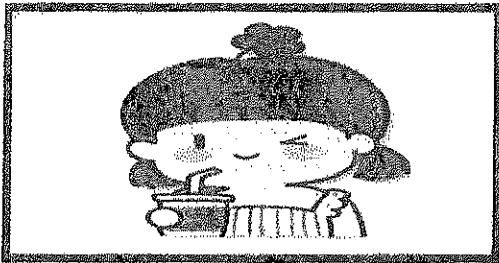
ภาพตอนเซ็นเอกสาร



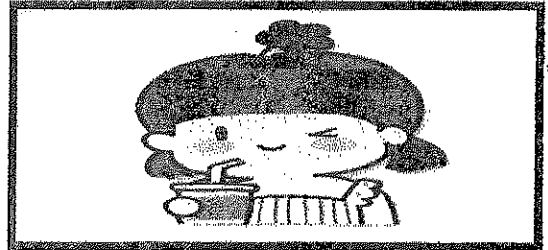
ภาพภายในบ้าน



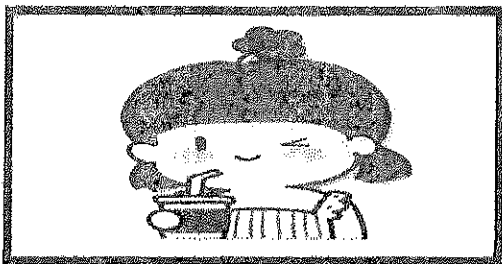
ภาพภายนอกบ้าน



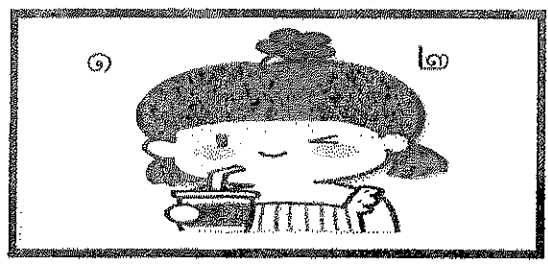
ภาพสมาชิกในครอบครัว



ภาพสภาพปัญหา



ภาพตอนเจ้าหน้าที่นั่งสอบข้อเท็จจริง



ภาพรวมเจ้าหน้าที่,ผู้ขอยื่นถ่ายหน้าบ้าน

เจ้าหน้าที่และเครือข่ายลงเยี่ยม

๑ ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง..... หน่วยงาน..... เบอร์โทรศัพท์.....  
๒.

สมาชิกในครอบครัว

๑. นางสาว..... อายุ ..... ปี (มารดา) รับจ้าง  
๒. นาง..... อายุ ..... ปี (น้องสาว) ว่างงาน

\*\*\*หมายเหตุ\*\*\* ภาพถ่ายข้างต้นได้รับการอนุญาตจากผู้นับคำร้องแล้ว พร้อมทั้งลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม เพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูล/หลักฐาน  
แบบการให้การช่วยเหลือ

## ข้อมูลหลักที่ควรสอบถามเพื่อนำมาเขียนสภาพปัญหา

๑. ชื่อ - สกุล และ เบอร์โทรศัพท์ (ผู้ประสบปัญหาครอบครัวผู้มีรายได้น้อยที่ประสบความเดือนร้อน เพราะเหตุหัวหน้าครอบครัวตาย ทอดทิ้ง สาบสูญ หรือต้องโทษจำคุก เจ็บป่วยร้ายแรง หรือพิการจนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ประสบสภาวะยากลำบากในการดำรงชีพไม่สามารถดูแลครอบครัวได้)

๒. แหล่งที่มาของข้อมูล (เช่น สํารวจ/wiak in/รับจากหน่วยงาน...)

๓. สิทธิสวัสดิการที่เคยได้รับ....

๔. จำนวนสมาชิกในครอบครัว (ผู้ใหญ่ เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ)มีใครบ้าง.....

๕. อาชีพและรายได้ (รายได้รวมสวัสดิการแห่งรัฐ, เบี้ยยังชีพต่างๆ)

๖. รายจ่ายและภาระหนี้สิน ในระบบ/นอกระบบจำนวน.....

๗. โรคประจำตัว (พบแพทย์ที่ไหน เดือนละกี่ครั้ง เดินทางอย่างไร ค่าใช้จ่าย)

๘. สมาชิกในครอบครัว และอาชีพรายได้ (หากมีคนพิการสอบถามว่าพิการประเภท

ใด มีบัตร/ไม่มีบัตร) /มีคนเจ็บป่วยเรื้อรังไหม/มีผู้สูงอายุไหม

๙. ที่ดินเป็นของตนเองไหม/บ้านเป็นของตนเองไหม/บ้านเช่า/รูดทรุดโทรมไหม/บ้านเช่าเดือนละ.

๑๐. สภาพความเดือดร้อน.....

๑๑. เป็นพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยวไหม/มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยวไหม...(ชื่อ).....

๑๒. มีคนอายุ ๑๘ - ๕๙ ปี ว่างงานไหม (ชื่อ).....

๑๓. มีคนเจ็บป่วยเรื้อรังไหม (ชื่อ).....

๑๔. มีเด็กแรกเกิด - อายุ ๑๘ ปี ไหม (ชื่อ).....

หมายเหตุ.....เอกสารแนบต้องถ่ายเอกสารจากฉบับจริง ห้าม ถ่ายภาพแล้วนำมาปรี้น หรือทำม  
นำสำเนาที่มีการรับรองสำเนาแล้วมาถ่ายซ้ำ

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้อื่นฯ (ลงชื่อรับรองสำเนาให้เหมือนกับแบบสอบถามเท็จจริง)

๒. สำเนาทะเบียนบ้านผู้อื่นฯ (ลงชื่อรับรองสำเนาให้เหมือนกับแบบสอบถามเท็จจริง)

๓. หน้าบัญชีผู้อื่นฯ เท่านั้นห้ามใช้บัญชีเพื่อ/โดย/หรือ (กรณีผู้พิการ/ไม่สามารถไม่เบิกได้ด้วยตนเองให้ผู้ดูแลเป็นคนขอผู้อื่นฯ (ลงชื่อรับรองสำเนาให้เหมือนกับแบบสอบถามเท็จจริง)

\*\*\*หากดำเนินการเรียบร้อยแล้วสามารถส่งเอกสารพร้อมหนังสือส่งมายังศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อพิจารณาให้การช่วยเหลือต่อไป

สำหรับ เจ้าหน้าที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เท่านั้น

ครั้งที่.....ปี

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

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

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



แบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม  
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

1. ผู้ยื่นคำร้อง / ผู้แจ้งแทน (กรณีไม่สามารถยื่นคำร้องได้ด้วยตนเอง) / ผู้ยื่นคำขอ

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

เลขที่บัตรประชาชน  กรณีไม่มีเนื่องจาก.....

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.....

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  ทมิฬ (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  ปู่  ย่า  ตา  ยาย  ลุง  ป้า  น้า  อา  ไม่มีความสัมพันธ์  อื่นๆ.....

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

มารดา  ทอดทิ้ง  เสียชีวิต  ต้องโทษจำคุก  อื่นๆ ระบุ.....



5. ประเภทผู้ขอรับบริการ

- ครอบครัวของเด็ก/เด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน
- ผู้ตกทุกข์ได้ยากที่ขอให้ช่วยเหลือส่งกลับภูมิลำเนาเดิม
- ผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน
- ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยที่ประสบความเดือดร้อนหรือผู้ไร้ที่พึ่ง
- ครอบครัวคนที่การที่มีบัตรประจำตัวคนพิการและประสบปัญหาความเดือดร้อน
- สตรีหรือครอบครัวที่ประสบปัญหาทางสังคม
- ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนและมีความจำเป็นในเรื่องต่างๆ
- ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง
- สตรีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีผู้อยู่ในอุปการะ
- สตรีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ไม่ได้ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะคนในครอบครัวที่ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์
- สตรีที่ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู
- สตรีที่สามีป่วย หรือเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะเลี้ยงดูบุคคลในครอบครัว
- ครอบครัวที่เป็นหัวหน้าครอบครัวติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีผู้อยู่ในอุปการะ
- ครอบครัวที่เป็นหัวหน้าครอบครัวไม่ได้ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์
- ครอบครัวที่หัวหน้าครอบครัวถึงแก่กรรมด้วยโรคเอดส์
- ผู้ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู
- ราษฎรบนพื้นที่สูง ซึ่งเป็นชาวเขาประสบปัญหาความเดือดร้อน

6. สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

6.1 ด้านที่อยู่อาศัย

- ไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย
- ไม่มีที่อยู่อาศัย
- สภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมต่อการพักอาศัย
- เร่ร่อน

6.2 ด้านสุขภาพอนามัย

- ติดเชื้อเอดส์ (HIV)/ ป่วยด้วยโรคเอดส์
- ป่วยเป็นโรคร้ายแรง
- ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน
- ผู้ป่วยทางจิต
- หลงลืมขราภาพ
- ได้รับผลกระทบจากเชื้อเอดส์/ป่วยด้วยโรคเอดส์
- เจ็บป่วยเรื้อรัง
- ขาดแคลนกายอุปกรณ์/ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ
- ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ดิทยาเสพติด
- โรคซึมเศร้า
- อื่นๆ ระบุ.....

6.3 ด้านการศึกษา

- ขาดโอกาสทางการศึกษา
- ไม่มีทุนการศึกษา

6.4 ด้านการมีงานทำ และมีรายได้

- ขอดาน
- ถูกเลิกจ้าง/ว่างงาน
- ไม่มีการออม
- ไม่มีรายได้
- ไม่มีที่ดินทำกิน
- ขาดทักษะในการประกอบอาชีพ
- ถูกนายจ้างเอาเปรียบ
- 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
- ครอบครัวมีภาระเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (อาทิ เด็กคนพิการ ผู้ติดเชื้อมเอดส์ ผู้ติดยาเสพติด)
- ผู้อุปการะมีฐานะยากจน/ขาดแคลน  ครอบครัวยากจน

6.6 ด้านความรุนแรงในครอบครัว/สังคม

- เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น  ทารุณกรรมทางร่างกาย
- ทารุณกรรมทางจิตใจ  ทารุณกรรมทางเพศ

6.7 ด้านการเป็นผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์

- ตกเป็นเครื่องมือแสวงหาผลประโยชน์อื่นๆ  ถูกทารุณกรรม/กักขัง/หน่วงเหนี่ยว
- ถูกบังคับขอรหัส  ถูกบังคับค้าประเวณี
- ถูกหลอวง  ถูกแสวงหาประโยชน์ทางเพศ
- เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น  ถูกบังคับใช้แรงงาน
- ถูกบังคับให้ประพฤติดกฤฬหมาย

6.8 ด้านการเข้าถึงสิทธิและความเป็นธรรมในสังคม

- ไม่มีค่าพาหนะเดินทางกลับภูมิลำเนา
- ไม่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐ
- ยังไม่ยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ
- ไม่มีสถานยกย่องทะเบียนราษฎร
- ขอบุตรบุญธรรม
- การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมระหว่างเพศ
- ถูกรังเกียจเหยียดหยาม
- 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	
<p><b>7.1 ด้านเงิน (ใส่จำนวนเงินด้วย)</b></p> <input type="checkbox"/> .....ค่าเลี้ยงดู ค่าพาหนะ สำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	บัญญัติฯ ยาระเบียบลำดับที่
<input type="checkbox"/> .....เกี่ยวกับการศึกษาสำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
<input type="checkbox"/> .....เงินทุนประกอบอาชีพ สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
<input type="checkbox"/> .....ค่ารักษาพยาบาล สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
<input type="checkbox"/> .....ค่ากายอุปกรณ์แก่เด็กพิการและทุพพลภาพ	1
<input type="checkbox"/> .....อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยป้องกันและแก้ไขความพิการของเด็ก	1
<input type="checkbox"/> .....ค่าใช้จ่ายในการส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม	1
<input type="checkbox"/> .....ค่าอาหารระหว่างรอรับการสงเคราะห์ และระหว่างเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิม	1
<input type="checkbox"/> .....ค่าพาหนะส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม	1
<input type="checkbox"/> .....ค่าเช่าที่พักของผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม	2
<input type="checkbox"/> .....ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระหว่างรอรับการสงเคราะห์ ระหว่างการเดินทางเพื่อรับการสงเคราะห์หรือกลับภูมิลำเนาเดิม	2
<input type="checkbox"/> .....เงินอุดหนุนเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน	2
<input type="checkbox"/> .....ค่าเครื่องอุปโภคบริโภค	2
<input type="checkbox"/> .....ค่าใช้จ่ายในการครองชีพตามความจำเป็น	2
<input type="checkbox"/> .....ค่ารักษาพยาบาล เช่น ค่ายา ค่าอุปกรณ์การรักษา ค่าอาหารที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของทางราชการรวมถึงค่าพาหนะ ค่าอาหาร ระหว่างติดต่อยังสถานพยาบาล	2
<input type="checkbox"/> .....ค่าซ่อมแซมที่อยู่อาศัย	3
<input type="checkbox"/> .....เงินทุนประกอบอาชีพ	4,5,6,9,11
<input type="checkbox"/> .....เงินทุนประกอบอาชีพ รวมถึงการรวมกลุ่ม	4,5,6,9,11
<input type="checkbox"/> .....ค่าอาหาร	4,5,6,9,11
<input type="checkbox"/> .....ค่าเครื่องนุ่งห่ม	4,5,6,9,11
<input type="checkbox"/> .....ค่าพาหนะเดินทาง ค่าอาหาร ค่าเครื่องนุ่งห่ม หรือค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้น แก่ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง	4,5,6,9,11
<input type="checkbox"/> .....เงินทุนประกอบอาชีพแก่สตรีที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอตส์/ผู้ติดเชื้อเอตส์และครอบครัว	4,5,6,9,11
<input type="checkbox"/> .....ค่าวัสดุที่หักชั่วคราว	4,5,6,9,11
<input type="checkbox"/> .....อื่นๆ ระบุ .....	9,10,11
<b>7.2 ด้านสิ่งของ (ใส่จำนวน ชนิด รายการ ของสิ่งของด้วย)</b>	
<input type="checkbox"/> ..... เครื่องอุปโภคและบริโภค เช่น มุ้ง ผ้าห่มนอน แบ่ง นม	
<input type="checkbox"/> ..... อุปกรณ์การศึกษา <input type="checkbox"/> ..... อาหาร <input type="checkbox"/> ..... เครื่องนุ่งห่ม <input type="checkbox"/> ..... นมผงสำหรับเด็ก <input type="checkbox"/> ..... ยารักษาโรค	
<input type="checkbox"/> ..... อื่นๆ ระบุ .....	
<b>7.3 ความช่วยเหลืออื่นๆ</b>	
<input type="checkbox"/> .....ส่งไปทำกายภาพบำบัด <input type="checkbox"/> ..... ส่งเข้ารับการรักษา/บำบัด <input type="checkbox"/> ..... ติดตามหาญาติ	
<input type="checkbox"/> .....เข้ารับบริการในศูนย์บริการผู้สูงอายุ หรืออยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์คนชรา หรือสถานที่อื่นที่เหมาะสม	
<input type="checkbox"/> .....แยกผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรมไปพักอาศัยในสถานที่อื่นซึ่งมีความปลอดภัย	
<input type="checkbox"/> .....นำผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพกาย สุขภาพจิต	
<input type="checkbox"/> .....แจ้งความต่อพนักงานสอบสวนเพื่อดำเนินคดีต่อผู้กระทำความผิดทารุณกรรม	
<input type="checkbox"/> .....ให้คำแนะนำแก่ครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอยู่ด้วย เพื่อทำความเข้าใจให้สามารถดูแลผู้สูงอายุมิให้ถูกทารุณกรรมอีก	
<input type="checkbox"/> .....ให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับคดีและเรื่องสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ	
<input type="checkbox"/> .....ให้การฟื้นฟูสภาพร่างกาย สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ให้กลับไปสู่สภาวะปกติ และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย	
<input type="checkbox"/> .....ส่งกลับภูมิลำเนาเดิม	
<input type="checkbox"/> .....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 ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ระงับสวัสดิการและประโยชน์อื่นๆ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสาร เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าพเจ้าและครอบครัว

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับความช่วยเหลือ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับคำขอ

(.....)

(.....)

ลงวันที่.....

ลงวันที่.....

ผลการเยี่ยมบ้าน

ตรวจเยี่ยม

เจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยม ชื่อ - สกุล ..... ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน .....

ชื่อ - สกุล ของผู้ประสบปัญหาทางสังคม .....

บ้านเลขที่ .....

สภาพที่อยู่อาศัย

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

สภาพปัญหาความเดือดร้อน

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

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมบ้าน

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

ลงชื่อ ..... ผู้เยี่ยมบ้าน  
(.....)

ตำแหน่ง .....

ลงวันที่ ..... (ว.ต.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 .....

ตามระเบียบ/ประกาศ/หนังสือ

.....  
.....  
เงินอุดหนุนประเภท.....  
.....

ตั้งชื่อ .....ผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ  
(.....)  
ตำแหน่ง .....  
เลขที่.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

หมายเหตุ : ผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ ได้แก่

- (๑) ผู้ซึ่งระเบียบ ประกาศ หรือหลักเกณฑ์ว่าด้วยการนั้น กำหนดให้เป็นผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ หรือ
- (๒) นักสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต หรือเจ้าหน้าที่อื่นซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในความควบคุมของนักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต หรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าส่วนราชการเจ้าของเงินอุดหนุน

ผลการพิจารณาให้ความช่วยเหลือของคณะกรรมการพิจารณาให้ความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม

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

- ทราบ (เร่งด่วน)
- คุณสมบัติผู้ประสบปัญหาทางสังคม
  - เห็นชอบ
  - ไม่เห็นชอบ ระบุเหตุผล.....
- วิธีการให้ความช่วยเหลือ
  - เห็นชอบ
  - ไม่เห็นชอบ ระบุเหตุผล.....

ความเห็นเพิ่มเติม.....  
.....

รายละเอียดสำหรับการจ่ายเงิน เท่านั้น

1. รับผิดชอบเอง/มอบอำนาจรับแทน

เงินสด     เช็ค เลขที่.....

ธนาคาร.....

หากมีการรับแทนโปรดระบุ เลขที่บัตรประชาชน

ชื่อ - นามสกุล.....

ผู้รับแทน

เบอร์โทรติดต่อ.....

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

ชื่อ - นามสกุล ผู้รับเงิน.....

เลขที่บัตรประชาชน

เบอร์โทรศัพท์.....

เลขที่บัญชี.....

ชื่อบัญชี.....

ธนาคาร.....

สาขา.....

รายละเอียดสำหรับการรับสิ่งของ

รับผิดชอบเอง

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/ที่ทำงาน     ..... อื่นๆ ระบุ.....

..... ระบุรับความช่วยเหลือ เนื่องจาก.....

การบูรณาการความช่วยเหลือร่วมกับหน่วยอื่น

หน่วยงานภายใน พม.

คช. 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.....

สศ. 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

สำหรับกรณีการส่งไปบริการกลับภูมิลำเนา

แบบคำขอรับความช่วยเหลือกรณีผู้ตกทุกข์ได้ยากกลับภูมิลำเนาเดิม

ข้อมูลผู้ขอรับความช่วยเหลือ

ชื่อ - สกุล.....บ้านเลขที่.....

ปัญหาความเดือดร้อน

เดินทางมาทำงานทำ  ถูกเลิกจ้าง ทำงานแล้วไม่ได้รับค่าจ้าง  ถูกล่อลวง

เดินทางมาหาคู่สมรส,ญาติ  เดินทางมารับการรักษาพยาบาล  อื่นๆ ระบุ.....

ความต้องการช่วยเหลือเพิ่มเติม เมื่อกลับภูมิลำเนา

ต้องการฝึกอาชีพ  ต้องการค่าใช้จ่ายด้านการศึกษาบุตร

ต้องการเงินทุนประกอบอาชีพ  อื่นๆ ระบุ.....

กรณีผู้ตกทุกข์ได้ยากในต่างประเทศ ให้กรอกข้อมูลต่อไปนี้ด้วย

เดินทางไปต่างประเทศเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สถานที่ทำงาน/พักอาศัย.....

จุดประสงค์ที่เดินทางไป.....

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

สาเหตุที่เดินทางกลับ.....

จากประเทศ.....เดินทางกลับถึงประเทศไทยเมื่อวันที่.....

โดยเที่ยวบิน.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับความช่วยเหลือ

(.....)

โทรศัพท์.....

ค่าใช้จ่ายในการเดินทางกลับภูมิลำเนา

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

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

ค่าอาหารระหว่างเดินทาง.....คน.....วันๆละ.....บาท เป็นเงิน.....บาท

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

เป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

ความเห็นของนักสังคมสงเคราะห์

เห็นควรสงเคราะห์ค่าพาหนะและค่าอาหารในการเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิม จังหวัด.....

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

ลงชื่อ.....นักสังคมสงเคราะห์/เจ้าหน้าที่

(.....)

โทรศัพท์.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่.....

แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ  
KTB Corporate Online

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

เลขประจำตัวประชาชน 

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

สำนัก/กอง/ศูนย์.....สังกัดกรม.....กระทรวง.....

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

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

ขอรับเงินสวัสดิการ ค่าตอบแทน และเงินยืมราชการผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แนบ  
สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารมาเพื่อเป็นหลักฐานด้วยแล้ว

- กรณีเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ ของหน่วยงาน เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่  
ใช้สำหรับรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน  
บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....ประเภท.....  
เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....
- กรณีเป็นบุคคลภายนอก เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....  
ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

และเมื่อกองคลังโอนเงินสวัสดิการ ค่าตอบแทน และเงินยืมราชการผ่านระบบ KTB Corporate Online แล้ว  
ให้ส่งข้อมูลการโอนเงินผ่านช่องทาง

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

ลงชื่อ.....ผู้มีสิทธิรับเงิน  
(.....)

เอกสารแสดงความยินยอม (Consent Form)

วันที่ \_\_\_\_\_

ชื่อผู้ให้บริการ \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว \_\_\_\_\_

“ให้” ความยินยอม

“ไม่ให้” ความยินยอม

ในการให้ ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัดสุราษฎร์ธานี กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ดำเนินการ จัดเก็บ รวบรวม เก็บรักษา ใช้หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อใช้ในกิจการของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และหน่วยงานในสังกัด

ก่อนการแสดงเจตนา ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารแสดงความยินยอม หรือได้รับคำอธิบาย จากเจ้าหน้าที่ ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัดสุราษฎร์ธานี กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้หรือเปิดเผย ประมวลผล ข้อมูลส่วนบุคคล และมีความเข้าใจดีแล้ว

ในการ “ให้ความยินยอม” หรือ “ไม่ให้ความยินยอม” ในเอกสารนี้ ข้าพเจ้าได้กระทำด้วยความ สมัยครใจมิได้ถูกบังคับ ชูเชี่ยวหรือชักจูงใจจากผู้อื่น และข้าพเจ้าได้รับทราบแล้วว่า จะถอนความยินยอมนี้เมื่อใด ก็ได้ เว้นแต่ เป็นกรณีที่ถูกจำกัดสิทธิดังกล่าวตามกฎหมาย

ทั้งนี้ หากข้าพเจ้าได้ถอนความยินยอมแล้ว การถอนความยินยอมดังกล่าวไม่กระทบต่อการดำเนินการ ใด ๆ ที่ได้กระทำไปแล้วก่อนการถอนความยินยอม

ลงชื่อ.....

(.....)



แบบรับรองข้อมูลส่วนบุคคล  
แบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว \_\_\_\_\_ เลขที่บัตรประชาชน  
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตามความจริงเป็นจริงทุกประการ  
หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตรงความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ระงับสวัสดิการและประโยชน์อื่น ๆ และ  
ยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสาร เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าพเจ้าและครอบครัว

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้ขอรับความช่วยเหลือ \_\_\_\_\_ ลงชื่อ \_\_\_\_\_ เจ้าหน้าที่รับคำขอ  
(.....) (.....)  
ลงวันที่..... ลงวันที่.....

ลายมือชื่อผู้เยี่ยมบ้าน และผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ  
ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้เยี่ยมบ้าน  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
ลงวันที่.....(ว.ต.ป. ที่เยี่ยมบ้าน)

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ  
(.....)  
ตำแหน่ง.....เลขที่.....  
วันที่..... เดือน ..... พ.ศ. ....

หมายเหตุ :

ผู้เยี่ยมบ้าน หมายถึง เจ้าหน้าที่กระทรวง หรือเจ้าหน้าที่หน่วยบริการในพื้นที่หรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐที่  
ได้รับมอบหมาย

หรือได้รับคำขอนี้ หรือ อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพนม.)

ผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ ได้แก่

- (๑) ผู้ซึ่งระเบียบ ประกาศ หรือหลักเกณฑ์ว่าด้วยกรนั้น กำหนดให้เป็นผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ หรือ
- (๒) นักสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ประกอบการวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต หรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับ  
มอบหมายจากหัวหน้าส่วนราชการเจ้าของเงินอุดหนุน

แบบฟอร์มหลักเกณฑ์การช่วยเหลืออย่างมีเงื่อนไข  
กรณีผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

เพื่อวางแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิต และใช้ประกอบการพิจารณาให้ความช่วยเหลือเป็นเงินสงเคราะห์ประเภทต่างๆ

ข้าพเจ้า (ชื่อ - สกุล).....อายุ.....ปี

เป็นผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ประเภท.....

ยินดีที่จะปฏิบัติตามแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง และครอบครัว ดังนี้  
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่สามารถปฏิบัติได้

แผนการพัฒนาคุณภาพชีวิต		ปฏิบัติได้
ด้านสุขภาพร่างกาย และจิตใจ		
1. รักษาสุขภาพอนามัยของตนเอง และสมาชิกในครอบครัว โดย.....		
2. เข้ารับการรักษาอาการป่วยตามนัดหมาย		
3. สมาชิกในครอบครัวได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง		
4. อาการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวดีขึ้น โดยวัดจาก.....		
5. สมาชิกในครอบครัวสด/เลิก การดื่มสุรา เบียร์ และลด/เลิก การสูบบุหรี่		
6. อื่นๆ ตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตครัวเรือนเปราะบาง .....		
ด้านความรับผิดชอบในครัวเรือน และสังคม		
7. สมาชิกในครอบครัวได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดย.....		
8. อื่นๆ ตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตครัวเรือนเปราะบาง .....		
ด้านเศรษฐกิจ และอาชีพ		
9. เข้ารับการฝึกอาชีพจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามที่จัดให้		
10. มีแผนการประกอบอาชีพ โดย.....		
11. มีการจัดทำบัญชีครัวเรือน		
12. การใช้ที่ดินให้เกิดประโยชน์ (ถ้ามี) โดย.....		
13. อื่นๆ ตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตครัวเรือนเปราะบาง .....		
ด้านที่อยู่อาศัย		
14. จัดทำประมาณการซ่อมแซมที่อยู่อาศัย		
15. รักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบ ทั้งภายในและบริเวณบ้าน		
16. อื่นๆ ตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตครัวเรือนเปราะบาง .....		
แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตครัวเรือนเปราะบาง ด้านอื่นๆ		
17. ....		
18. ....		

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงินสงเคราะห์  
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่  
(.....)

วันที่.....

ตำแหน่ง.....  
วันที่.....

หลักเกณฑ์การช่วยเหลือเงินสงเคราะห์ครอบครัว  
ผู้มีรายได้น้อยที่ประสบความเดือดร้อนหรือผู้ไร้ที่พึ่ง

เพื่อประกอบการพิจารณาตามระเบียบกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ว่าด้วยการสงเคราะห์ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยและไร้ที่พึ่ง พ.ศ.2552

ชื่อ - สกุล (ผู้มีรายได้น้อยฯ).....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน.....

จำนวนสมาชิกในครอบครัว (รวมผู้มีรายได้น้อยฯ).....คน

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบ "ใช่" ที่ตรงกับความเป็นจริง

สภาพปัญหาความเดือดร้อน	ใช่
<b>ด้านเศรษฐกิจ</b>	
1. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้มีรายได้น้อยฯ ต่ำกว่า 3,000 บาท	
2. รายได้เฉลี่ยของคนในครอบครัวต่อปี (รวมรายได้ครัวเรือนหารด้วยจำนวนสมาชิกทั้งหมดจำนวน.....บาทต่อปี (ต่ำกว่า 100,000 บาท)	
3. ไม่มีรายได้ / ตกงาน /ว่างงาน	
4. มีหนี้สิน - ในระบบ จำนวน.....บาท / - นอก ระบบ จำนวน.....บาท	
<b>ด้านสุขภาพกายและจิตใจ</b>	
5. เจ็บป่วย ระบุ.....	
<b>ด้านภาระพึ่งพิงในครอบครัว</b>	
6. มีเด็กแรกเกิด - อายุ 18 ปี	
7. มีคนอายุ 18-59 ปี ว่างงาน	
8. มีคนพิการ / เจ็บป่วยเรื้อรัง	
9. มีผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	
10. เป็น/มีพ่อ - แม่เลี้ยงเดี่ยว	
11. มีบุคคลต้องโทษจำคุก / ถูกทอดทิ้ง / สบายสูญ	
<b>ด้านที่อยู่อาศัย</b>	
12. ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง (อาศัยผู้อื่นอยู่)	
13. อยู่บ้านเช่า จ่ายค่าเช่าเดือนละ.....บาท , ที่เช่า.....บาท/เดือน/ปี	
14. ชำรุดทรุดโทรมมาก/ไม่ปลอดภัย/ไม่มั่นคง/ไม่เหมาะสมต่อการพักอาศัย	
<b>ด้านการเข้าถึงบริการรัฐ</b>	
15. ไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ	
16. ไม่ได้รับสวัสดิการอื่นที่พึงได้รับ เช่น เบี้ยผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ เงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด ฯลฯ	
รวม.....ข้อ	

ความเห็นของผู้วินิจฉัย : ให้ความช่วยเหลือเฉพาะหน้า เป็นเงิน จำนวน.....บาท

ความคิดเห็นเพิ่มเติม.....

กลุ่มที่หนึ่ง มีความเดือดร้อนมากพิเศษ อยู่ระหว่าง 7 - 16 ข้อ  
ให้ความช่วยเหลือเงินสงเคราะห์ จำนวน 3,000 บาท  
กลุ่มที่สอง มีความเดือดร้อนมาก อยู่ระหว่าง 1 - 6 ข้อ  
ให้ความช่วยเหลือเงินสงเคราะห์ จำนวน 2,000 บาท

ลงชื่อ.....ผู้วินิจฉัย

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

เอกสารอ้างอิง

ข้อมูลจากการดำเนินงานของเงินอุดหนุนปัจจัยพื้นฐานสำหรับนักเรียนยากจน กระทรวงศึกษาธิการ <https://cct.thai.edu/foralt.org/fyi.html>

ข้อมูลจากกลุ่มสมบัติผู้รับบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ตามนโยบายรัฐบาล [https://www.esb.or.th/Boes/Piraocial/TVWaysSavings\(1\).aspx](https://www.esb.or.th/Boes/Piraocial/TVWaysSavings(1).aspx) <https://www.thaiquote.org/content/222536>

## กรณีผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

ข้าพเจ้า (ชื่อ - สกุล).....อายุ.....ปี

วัน/เดือน/ปี ที่รับเงินสงเคราะห์.....

## เป็นผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ประเภท

 เงินสงเคราะห์ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยและไร้ที่พึ่ง  เงินสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว เงินสงเคราะห์ด้านทุนประกอบอาชีพแก่สตรีที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์

## จำนวนเงินที่ได้รับ

 1,000 บาท  2,000 บาท  3,000 บาท  5,000 บาท  อื่นๆ (ระบุ).....

## นำเงินที่ได้ไปใช้จ่ายด้าน

 ค่ารักษาพยาบาล.....บาท  ใช้จ่ายเพื่อการศึกษา.....บาท ลงทุนประกอบอาชีพ.....บาท  ซ่อมแซม/ปลูกสร้างที่อยู่อาศัย.....บาท ชำระหนี้ในระบบ.....บาท  ชำระหนี้นอกระบบ.....บาท

## การปฏิบัติตามเงื่อนไขเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต

## แผนการพัฒนาคุณภาพชีวิต

	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้
<input type="checkbox"/> 1. รักษาสุขภาพอนามัยของตนเอง และสมาชิกในครอบครัว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2. เข้ารับการรักษาอาการป่วยตามนัดหมาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3. สมาชิกในครอบครัวได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4. อาการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวดีขึ้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 5. สมาชิกในครอบครัวลด/เลิก การดื่มสุรา เบียร์และลด/เลิก การสูบบุหรี่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6. สมาชิกในครอบครัวได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 7. เข้ารับการฝึกอาชีพจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามที่จัดให้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 8. ประกอบอาชีพตามที่วางแผนไว้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 9. มีการจัดทำบัญชีครัวเรือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 10. ใช้ที่ดินให้เกิดประโยชน์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 11. จัดทำประมาณการซ่อมแซมที่อยู่อาศัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 12. รักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบ ทั้งภายในและบริเวณบ้าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 13. อื่นๆ (ด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 14. อื่นๆ (ด้านความรับผิดชอบในครัวเรือน และสังคม).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 15. อื่นๆ (ด้านเศรษฐกิจ และอาชีพ).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 16. อื่นๆ (ด้านที่อยู่อาศัย).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 17. อื่นๆ (ตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตครัวเรือนเปราะบาง).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ความช่วยเหลือจากรัฐที่ต้องการเพิ่มเติม

 การเข้าถึงสิทธิ/สวัสดิการของรัฐ  การรักษาพยาบาลเฉพาะทาง  การฝึก/ส่งเสริมอาชีพ จัดหาที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม  แก้ไขปัญหาความรุนแรงในครอบครัว  แก้ไขปัญหาหนี้สิน อื่นๆ (ระบุ).....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....