

สำหรับ เจ้าหน้าที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เท่านั้น

ครั้งที่.....ปี.....

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

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

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



บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ



มี



ไม่มี

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 หม้าย (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 น้ำ อา ไม่มีความสัมพันธ์ อื่นๆ.....

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

มารดา ทอดทิ้ง เสียชีวิต ต้องโทษจำคุก อื่นๆ ระบุ.....

5. ประเภทผู้ขอรับบริการ

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

6. สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

6.1 ด้านที่อยู่อาศัย

- ไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย
- ไม่มีที่อยู่อาศัย
- สภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมต่อการพักอาศัย
- เร่ร่อน

6.2 ด้านสุขภาพอนามัย

- ติดเชื้อเอดส์ (HIV)/ ป่วยด้วยโรคเอดส์
- ป่วยเป็นโรคร้ายแรง
- ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน
- ผู้ป่วยทางจิต
- หลงลืมชราภาพ
- ได้รับผลกระทบจากเชื้อเอดส์/ป่วยด้วยโรคเอดส์
- เจ็บป่วยเรื้อรัง
- ขาดแคลนกายอุปกรณ์/ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ
- ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ตัดยาเสพติด
- โรคมึนเศร้า
- 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

- กำพรว้า
- ครอบครัวอุปถัมภ์
- ได้รับผลกระทบจากการที่คนในครอบครัวต้องโทษจำคุก
- ต้องรับภาระหน้าที่ในครอบครัวเกินวัย/เกินความสามารถสติปัญญา
- ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตร
- อยู่ตามลำพังไม่มีผู้ดูแล และมีปัญหาในการดำรงชีวิต
- ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลไม่สามารถอุปการะเลี้ยงดูได้
- แม่มีอายุที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง/แม่เลี้ยงเดี่ยว
- ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางคืน ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน
- ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านร่างกาย
- ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านเพศ
- ครอบครัวมีภาระเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (อาทิ เด็กคนพิการ ผู้ติดเชื้อเอดส์ ผู้ติดยาเสพติด)
- ผู้อุปการะมีฐานะยากจน/ขาดแคลน
- ครอบครัวแตกแยก/พ่อแม่แยกทาง
- ได้รับการเลี้ยงดูไม่เหมาะสม
- ต้องดูแลบุคคลในครอบครัว
- ตั้งครรภ์นอกสมรส
- ถูกทอดทิ้ง
- ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม
- พ่อแม่ที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง/พ่อเลี้ยงเดี่ยว
- ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน
- ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้
- ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านจิตใจ
- ครอบครัวมีหนี้สิน
- ครอบครัววัยยากจน

6.6 ด้านความรุนแรงในครอบครัว/สังคม

- เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น
- ทารุณกรรมทางจิตใจ
- ทารุณกรรมทางร่างกาย
- ทารุณกรรมทางเพศ

6.7 ด้านการเป็นผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์

- ตกเป็นเครื่องมือแสวงหาผลประโยชน์อื่นๆ
- ถูกบังคับขอรหัส
- ถูกล่อลวง
- เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น
- ถูกบังคับให้ประพฤติดีกกฎหมาย
- ถูกทารุณกรรม/กักขัง/หน่วงเหนี่ยว
- ถูกบังคับค้าประเวณี
- ถูกแสวงหาประโยชน์ทางเพศ
- ถูกบังคับใช้แรงงาน

6.8 ด้านการเข้าถึงสิทธิและความเป็นธรรมในสังคม

- ไม่มีค่าพาหนะเดินทางกลับภูมิลำเนา
- ไม่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐ
- ยังไม่มียื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ
- ไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎร
- 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>7.1 ด้านเงิน (ใส่จำนวนเงินด้วย)</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าเลี้ยงดู ค่าพาหนะ สำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน</p> <p><input type="checkbox"/>เกี่ยวกับการศึกษาสำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน</p> <p><input type="checkbox"/>เงินทุนประกอบอาชีพ สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน</p> <p><input type="checkbox"/>ค่ารักษาพยาบาล สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน</p> <p><input type="checkbox"/>ค่ากายอุปกรณ์แก่เด็กพิการและทุพพลภาพ</p> <p><input type="checkbox"/>อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยป้องกันและแก้ไขความพิการของเด็ก</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าใช้จ่ายในการส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าอาหารระหว่างรอรับการสงเคราะห์ และระหว่างเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิม</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าพาหนะส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าเช่าที่พักของผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระหว่างรอรับการสงเคราะห์ ระหว่างการเดินทางเพื่อรับการสงเคราะห์หรือกลับภูมิลำเนาเดิม</p> <p><input type="checkbox"/>เงินอุดหนุนเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>ค่าเครื่องอุปโภคบริโภค</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>ค่าใช้จ่ายในการครองชีพตามความจำเป็น</p> <p><input type="checkbox"/>ค่ารักษาพยาบาล เช่น ค่ายา ค่าอุปกรณ์การรักษา ค่าอาหารที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของทางราชการรวมถึงค่าพาหนะ ค่าอาหาร ระหว่างติดต่อกับโรงพยาบาล</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าซ่อมแซมที่อยู่อาศัย</p> <p><input type="checkbox"/>เงินทุนประกอบอาชีพ</p> <p><input type="checkbox"/>เงินทุนประกอบอาชีพ รวมถึงการรวมกลุ่ม</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าอาหาร</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าเครื่องนุ่งห่ม</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าพาหนะเดินทาง ค่าอาหาร ค่าเครื่องนุ่งห่ม หรือค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง</p> <p><input type="checkbox"/>เงินทุนประกอบอาชีพแก่สตรีที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าวัสดุที่พักชั่วคราว</p> <p><input type="checkbox"/>อื่นๆ ระบุ</p>	<p>บัญชีท้ายระเบียบฯลำดับที่</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4,5,6,9,11</p> <p>4,5,6,9,11</p> <p>4,5,6,9,11</p> <p>4,5,6,9,11</p> <p>9,10,11</p> <p>4,5,6</p> <p>7</p> <p>7</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>10</p> <p>11</p> <p>1-11</p>
<p>7.2 ด้านสิ่งของ (ใส่จำนวน ชนิด รายการ ของสิ่งของด้วย)</p> <p><input type="checkbox"/> เครื่องอุปโภคและบริโภค เช่น มุ้ง ผ้าห่มนอน แป้ง นม</p> <p><input type="checkbox"/> อุปกรณ์การศึกษา <input type="checkbox"/> อาหาร <input type="checkbox"/> เครื่องนุ่งห่ม <input type="checkbox"/> นมผงสำหรับเด็ก <input type="checkbox"/> ยารักษาโรค</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ</p>	
<p>7.3 ความช่วยเหลืออื่นๆ</p> <p><input type="checkbox"/>ส่งไปทำกายภาพบำบัด <input type="checkbox"/> ส่งเข้ารับการรักษา/บำบัด <input type="checkbox"/> ติดตามหาญาติ</p> <p><input type="checkbox"/>เข้ารับบริการในศูนย์บริการผู้สูงอายุ หรืออยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์คนชรา หรือสถานที่อื่นที่เหมาะสม</p> <p><input type="checkbox"/>แยกผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรมไปพักอาศัยในสถานที่อื่นซึ่งมีความปลอดภัย</p> <p><input type="checkbox"/>นำผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพกาย สุขภาพจิต</p> <p><input type="checkbox"/>แจ้งความต่อพนักงานสอบสวนเพื่อดำเนินคดีต่อผู้กระทำผิดทารุณกรรม</p> <p><input type="checkbox"/>ให้คำแนะนำแก่ครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอยู่ด้วย เพื่อทำความเข้าใจให้สามารถดูแลผู้สูงอายุมิให้ถูกทารุณกรรมอีก</p> <p><input type="checkbox"/>ให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับคดีและเรื่องสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ</p> <p><input type="checkbox"/>ให้การฟื้นฟูสภาพร่างกาย สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ให้กลับไปสู่สภาวะปกติ และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย</p> <p><input type="checkbox"/>ส่งกลับภูมิลำเนาเดิม</p> <p><input type="checkbox"/>อื่นๆ ระบุ</p>	

8. สิทธิสวัสดิการที่เคยได้รับ

- 1. ไม่เคย
- 2. เคย อะไรบ้างในปีงบประมาณนี้ จำนวน ครั้ง รวมเป็นเงินบาท 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.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมบ้าน เท่านั้น

ผลการเยี่ยมบ้าน

ตรวจเยี่ยม

เจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยม ชื่อ - สกุลตำแหน่ง

หน่วยงาน

ชื่อ - สกุล ของผู้ประสบปัญหาทางสังคม.....

บ้านเลขที่.....

- สภาพที่อยู่อาศัย บ้านตนเอง อาศัยผู้อื่นอยู่ บ้านเช่า
- บ้าน ปูน ไม้ ชั้นเดียว ยกพื้นสูง 2 ชั้น ครึ่งปูน ครึ่งไม้
- ฝาบ้าน ปูน ไม้ แผ่นยิบซั่ม เมทัลชีท สังกะสี
- หลังคา สังกะสี เมทัลชีท กระเบื้อง มุงจาก
- สภาพโดยรวม เหมาะสมแก่การอยู่อาศัย ไม่เหมาะสมแก่การอยู่อาศัย ทรุดโทรม ไม่นั่นคง

สภาพปัญหาความเดือดร้อน

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

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมบ้าน

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

ลงชื่อ ผู้เยี่ยมบ้าน

(.....)

ตำแหน่ง

ลงวันที่ (ว.ด.ป.ที่เยี่ยมบ้าน)

หมายเหตุ : ผู้เยี่ยมบ้าน หมายถึง เจ้าหน้าที่กระทรวง พม.หรือเจ้าหน้าที่หน่วยบริการในพื้นที่หรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายหรือได้รับคำขอนี้ หรืออาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.)

ส่วนนี้ สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้วินิจฉัย เท่านั้น

การพิจารณาให้ความช่วยเหลือ

ความเห็นของผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ

เห็นควรให้ความช่วยเหลือตามระเบียบฯ.....

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

มูลค่าสิ่งของ จำนวน.....บาท

ตามระเบียบ/ประกาศ/หนังสือ

ระเบียบกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ว่าด้วยการสงเคราะห์ครอบครัวผู้มียาได้น้อยและผู้ไร้ที่พึ่ง พ.ศ. ๒๕๕๒.....

เงินอุดหนุนประเภท.....เงินสงเคราะห์ครอบครัวผู้มียาได้น้อยและผู้ไร้ที่พึ่ง.....

ลงชื่อ.....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. รับด้วยตนเอง/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

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.....
- ระบุข้อความช่วยเหลือ เนื่องจาก.....

การบูรณาการความช่วยเหลือร่วมกับหน่วยงานอื่น

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"/> กคช. 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

- เหล่ากาชาดอำเภอ/จังหวัด..... เงิน..... สิ่งของ ระบุ.....
- อบต./เทศบาล/อำเภอ..... เงิน..... อื่นๆ ระบุ.....
- มูลนิธิ/องค์กร/เครือข่าย..... เงิน..... อื่นๆ ระบุ.....
- หน่วยงานรัฐในพื้นที่ ระบุ..... เงิน..... อื่นๆ ระบุ.....
- สำนักงานงคมன்றี..... 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.....

แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ
KTB Corporate Online

วันที่ เดือน..... พ.ศ.

เรียน ผู้ปกครองนิคมสร้างตนเองจังหวัดลพบุรี

ข้าพเจ้า..x.....

เลขประจำตัวประชาชน

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

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

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

ขอรับเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร มาเพื่อเป็นหลักฐานด้วยแล้ว

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

และเมื่อ นิคมสร้างตนเองจังหวัดลพบุรี โอนเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online แล้ว ให้ส่งข้อมูลการโอนเงินผ่านช่องทาง

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

ลงชื่อ..x.....ผู้มีสิทธิรับเงิน

(.....)

หมายเหตุ : เลขที่ของแบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online ให้ระบุหมายเลขกำกับเรียงกันไปทุกฉบับ เพื่อประโยชน์ในการจัดทำทะเบียนคุมการโอนเงิน



ภาพประกอบการเยี่ยมบ้านผู้ประสบปัญหาทางสังคม
เงินสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและผู้ไร้ที่พึ่ง

ลำดับที่.....

บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

มี ไม่มี

ชื่อผู้ประสบปัญหา อายุ.....ปี

ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่

รูปสภาพหน้าบ้านหรือหน้าห้องพัก

ภาพบ้านเต็มหลัง

รูปภาพภายในตัวบ้าน หรือภายในห้องพัก
(ภาพโดยรวม มุมกว้าง)

ภาพภายในบ้าน

รูปเจ้าหน้าที่ สอบข้อเท็จจริง/เซ็น
เอกสาร

รูปตอนเซ็นเอกสาร สอบข้อเท็จจริง

ถ่ายภาพรวม เจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมบ้านกับผู้
ประสบปัญหา

รูปเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้านและผู้ประสบปัญหาทางสังคม

สภาพปัญหาความเดือดร้อน

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

หลักเกณฑ์การช่วยเหลือเงินสงเคราะห์ครอบครัว

ผู้มีรายได้น้อยที่ประสบความเดือดร้อนหรือผู้ไร้ที่พึ่ง

เพื่อประกอบการพิจารณาดมระเบียบกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ว่าด้วยการสงเคราะห์ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยและผู้ไร้ที่พึ่ง พ.ศ. ๒๕๕๒

ชื่อ-สกุล (ผู้มีรายได้น้อยฯ) อายุ ปี

เลขประจำตัวประชาชน

จำนวนสมาชิกในครอบครัว (รวมผู้มีรายได้น้อยฯ) คน

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบ “ใช่” ที่ตรงกับความเป็นจริง

สภาพปัญหาความเดือดร้อน	ใช่
ด้านเศรษฐกิจ	
1. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้มีรายได้น้อยฯ ต่ำกว่า 3,000 บาท	
2. รายได้เฉลี่ยของคนในครัวเรือนต่อปี (รวมรายได้ครัวเรือนหารด้วยจำนวนสมาชิกทั้งหมด) จำนวน.....บาทต่อปี (ต่ำกว่า 100,000 บาท)	
3. ไม่มีรายได้/ตกงาน/ว่างงาน	
4. มีหนี้สิน - ในระบบ จำนวน.....บาท/- นอกระบบ จำนวน.....บาท	
ด้านสุขภาพกายและจิตใจ	
5. เจ็บป่วย ระบุ.....	
ด้านภาระพึ่งพิงในครอบครัว	
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/สาบสูญ	
ด้านที่อยู่อาศัย	
12. ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง (อาศัยผู้อื่นอยู่)	
13. อยู่บ้านเช่า จ่ายค่าเช่าเดือนละ.....บาท, ที่เช่า.....บาท/เดือน/ปี	
14. ชำรุดทรุดโทรมมาก/ไม่ปลอดภัย/ไม่มั่นคง/ไม่เหมาะสมต่อการพักอาศัย	
ด้านการเข้าถึงบริการรัฐ	
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://cci.thaieduforall.org/fyi.html>
 ข้อมูลจากคุณสมบัติผู้รับบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ตามนโยบายรัฐบาล [https://www.gsb.or.th/Blogs/Financial/WaysSavings-\(๑\).aspx](https://www.gsb.or.th/Blogs/Financial/WaysSavings-(๑).aspx) <https://www.thaiquote.org/content/๓๒๕๓๖>
 ข้อมูลความยากจนจาก TPMAP <https://www.tpmmap.in.th>

แบบฟอร์มหลักเกณฑ์การช่วยเหลืออย่างมีเงื่อนไข
กรณีผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

เพื่อวางแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิต และใช้ประกอบการพิจารณาให้ความช่วยเหลือเป็นเงินสงเคราะห์ประเภทต่างๆ

ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล) อายุ ปี

เป็นผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ประเภท

ยินดีที่จะปฏิบัติตามแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง และครอบครัว ดังนี้

ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่สามารถปฏิบัติได้

แผนการพัฒนาคุณภาพชีวิต	ปฏิบัติได้
ด้านสุขภาพร่างกาย และจิตใจ	
1. รักษาสุขภาพอนามัยของตนเอง และสมาชิกในครอบครัว โดย.....	
2. เข้ารับการรักษาอาการป่วยตามนัดหมาย	
3. สมาชิกในครอบครัวได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง	
4. อาการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวดีขึ้น โดยวัดจาก.....	
5. สมาชิกในครอบครัวลด/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 ด้านอื่น	
17.	
18.	

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

วันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

แบบฟอร์มการติดตามผลการให้ความช่วยเหลือ
กรณีผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล) อายุ ปี

วัน/เดือน/ปี ที่รับเงินสงเคราะห์

เป็นผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ประเภท

- เงินสงเคราะห์ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยและผู้ไร้ที่พึ่ง เงินสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อมีเอดส์และครอบครัว
 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	ปฏิบัติตามได้	ปฏิบัติตามไม่ได้
<input type="checkbox"/> 1. รักษาสุขอนามัยของตนเอง 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 เบียร์ และลด/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. ใช้จ่ายเงินให้เกิดประโยชน์	<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 (ตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตครัวเรือนประเภท)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ความช่วยเหลือจากรัฐที่ต้องการเพิ่มเติม

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

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....



ประเภทกลุ่มเป้าหมาย

- () กลุ่มเป้าหมายตามบัญชีรายชื่อลำดับที่.....
- () กลุ่มเป้าหมายเพิ่มเติม
- สำรวจวันที่เดือน.....พ.ศ.

ประเภทความยากจน (ปัญหา/ความต้องการ)

- () สุขภาพ () รายได้
- () ความเป็นอยู่ () การเข้าถึงสวัสดิการรัฐ
- () การศึกษา

แบบจัดเก็บข้อมูลสมุดพกครอบครัว (ฉบับย่อ)

เพื่อบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนจนและกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน

1. ข้อมูลครัวเรือน อาศัยคนเดียว ครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวขยาย ครอบครัวข้ามรุ่น เลี้ยงเดี่ยว
- 1.1 หัวหน้าครัวเรือน ชื่อ.....อายุ.....ปี เลขบัตรประชาชน.....
 เกิดวันที่...../...../..... สถานภาพ..... การศึกษา..... สัญชาติ.....ศาสนา.....
 สมาชิกทั้งหมด.....คน อาศัยอยู่ด้วยกัน.....คน หญิง.....คน ชาย.....คน
 เด็ก.....คน คนพิการ.....คน ผู้ป่วยเรื้อรัง/ติดเตียง.....คน ผู้สูงอายุ.....คน
- 1.2 ที่อยู่อาศัย ของตนเอง อาศัยผู้อื่น เช่า ที่สาธารณะ มั่นคง ทรุดโทรม ไม่เหมาะสม
 ภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ตำบล.....
 อำเภอ..... จังหวัด.....
- ที่อยู่ปัจจุบัน ที่อยู่ปัจจุบันตรงกับภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้าน พิกัด GPS ละติจูด.....ลองจิจูด.....
 บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ซอย..... ถนน..... ตำบล.....
 อำเภอ..... จังหวัด.....ลพบุรี..... รหัสประจำบ้าน.....
- 1.3 อาชีพ.....รายได้.....บาท รายจ่าย.....บาท หนี้สิน.....เงินออม.....บาท
- 1.4 ทรัพย์สิน ที่ดิน.....ไร่ โค/กระบือ/สุกร/เป็ด/ไก่ รถยนต์/จักรยานยนต์ เครื่องจักร ทอง
- 1.5 การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เข้าร่วม ได้แก่..... ไม่เข้าร่วม

2. ข้อมูลสมาชิก (คนที่ 1)

- 2.1 ชื่อ.....อายุ.....ปี เพศ..... เกิดวันที่...../...../.....
 เลขประจำตัวประชาชน (ID).....
- 2.2 บิดา.....ID.....มารดา.....ID.....
- 2.3 การศึกษา.....สถานภาพ.....สัญชาติ.....ศาสนา..... ที่อยู่ ตามทะเบียนบ้าน
- 2.4 อาชีพ.....รายได้ต่อเดือน/ปี.....บาท รายจ่าย.....บาท
- 2.5 หนี้สิน.....บาท เงินออม.....บาท ทรัพย์สิน.....
- 2.6 สุขภาพ แข็งแรง มีโรคประจำตัว..... ป่วยติดเตียง..... จิตเวช..... พิการ.....
- 2.7 สิทธิรักษาพยาบาล สิทธิประกันสังคม..... สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท..... อื่นๆ
- 2.8 สวัสดิการ ไม่เคยรับ เคยรับ (เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ, บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ, เงินสงเคราะห์).....

3. ข้อมูลสมาชิก (คนที่ 2)

- 3.1 ชื่อ.....อายุ.....ปี เพศ..... เกิดวันที่...../...../.....
 เลขประจำตัวประชาชน (ID).....
- 3.2 บิดา.....ID.....มารดา.....ID.....
- 3.3 การศึกษา.....สถานภาพ.....สัญชาติ.....ศาสนา..... ที่อยู่ ตามทะเบียนบ้าน
- 3.4 อาชีพ.....รายได้ต่อเดือน/ปี.....บาท รายจ่าย.....บาท
- 3.5 หนี้สิน.....บาท เงินออม.....บาท ทรัพย์สิน.....
- 3.6 สุขภาพ แข็งแรง มีโรคประจำตัว..... ป่วยติดเตียง..... จิตเวช..... พิการ.....
- 3.7 สิทธิรักษาพยาบาล สิทธิประกันสังคม..... สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท..... อื่นๆ
- 3.8 สวัสดิการ ไม่เคยรับ เคยรับ (เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ, บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ, เงินสงเคราะห์).....

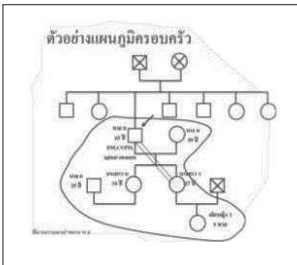
4. ข้อมูลสมาชิก (คนที่ 3)

- 4.1 ชื่อ.....อายุ.....ปี เพศ..... เกิดวันที่...../...../.....
เลขประจำตัวประชาชน (ID).....
- 4.2 บิดา.....ID.....มารดา.....ID.....
- 4.3 การศึกษา.....สถานภาพ.....สัญชาติ.....ศาสนา..... ที่อยู่ ตามทะเบียนบ้าน
- 4.4 อาชีพ.....รายได้ต่อเดือน/ปี.....บาท รายจ่าย.....บาท
- 4.5 หนี้สิน..... บาท เงินออม.....บาท ทรัพย์สิน.....
- 4.6 สุขภาพ แข็งแรง มีโรคประจำตัว..... ป่วยติดเตียง..... จิตเวช..... พิการ.....
- 4.7 สิทธิรักษาพยาบาล สิทธิประกันสังคม..... สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท..... อื่นๆ
- 4.8 สวัสดิการ ไม่เคยรับ เคยรับ (เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ, บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ, เงินสงเคราะห์).....

5. ข้อมูลสมาชิก (คนที่ 4)

- 5.1 ชื่อ.....อายุ.....ปี เพศ..... เกิดวันที่...../...../.....
เลขประจำตัวประชาชน (ID).....
- 5.2 บิดา.....ID.....มารดา.....ID.....
- 5.3 การศึกษา.....สถานภาพ.....สัญชาติ.....ศาสนา..... ที่อยู่ ตามทะเบียนบ้าน
- 5.4 อาชีพ.....รายได้ต่อเดือน/ปี.....บาท รายจ่าย.....บาท
- 5.5 หนี้สิน..... บาท เงินออม.....บาท ทรัพย์สิน.....
- 5.6 สุขภาพ แข็งแรง มีโรคประจำตัว..... ป่วยติดเตียง..... จิตเวช..... พิการ.....
- 5.7 สิทธิรักษาพยาบาล สิทธิประกันสังคม..... สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท..... อื่นๆ
- 5.8 สวัสดิการ ไม่เคยรับ เคยรับ (เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ, บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ, เงินสงเคราะห์).....

แผนผังครอบครัว



บันทึกข้อมูลเพิ่มเติมอื่นๆ (ข้อสังเกต, สภาพปัญหา)

.....

.....

.....

หนังสือให้ความยินยอมของครัวเรือน

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....เป็นหัวหน้าครัวเรือน/สมาชิกของครัวเรือน
อาศัยอยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน ถนน..... ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... พร้อมด้วยสมาชิกในครัวเรือนอีกจำนวน.....คน

มีความประสงค์เข้าร่วมโครงการสมุดพกครอบครัว ดังนี้

1. ข้าพเจ้าและสมาชิกในครัวเรือนยินยอมให้เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อบันทึกข้อมูลในสมุดพกครอบครัว
2. ข้าพเจ้าและสมาชิกในครัวเรือนยินยอมให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลที่ใส่ไว้เข้าร่วมวิเคราะห์ปัญหาและ ข้อมูลรายรับ-รายจ่าย เพื่อค้นหาปัญหาของครัวเรือน และแนวทางการแก้ไขร่วมกัน
3. ข้าพเจ้าและสมาชิกในครัวเรือนยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงหน่วยงานอื่นของรัฐเพื่อนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในทุกมิติแบบองค์รวม
4. ข้าพเจ้าและสมาชิกในครัวเรือนยินยอมจะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ไขปัญหาของครัวเรือนและพัฒนาคุณภาพชีวิตในทุกมิติแบบองค์รวม

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

หัวหน้าครัวเรือน/สมาชิกของครัวเรือน

สมาชิกของครัวเรือน

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

สมาชิกของครัวเรือน

สมาชิกของครัวเรือน

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด...ลพบุรี...

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

หมายเหตุ: 1) กรณีผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ให้ผู้ปกครองเป็นคนลงลายมือชื่อแทน ยกเว้น ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 17 ปี ที่จดทะเบียนสมรสตามกฎหมาย สามารถลงนามด้วยตนเองได้
2) คนพิการทางการเห็น ให้มีพยานรับรองลายนิ้วมือ โดยมีข้อความระบุว่า ข้าพเจ้า นาย/นาง ก. ขอรับรองว่าลายนิ้วมือนี้เป็นของ นาย/นาง ข จริง