

เอกสารแสดงความยินยอม (Consent Form)

วันที่ _____

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว _____

☐ “ให้” ความยินยอม

☐ “ไม่ให้” ความยินยอม

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงในมนุษย์จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ดำเนินการจัดเก็บ รวบรวม เก็บรักษา ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อใช้ในการยื่นขอรับเงินช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม ให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงในมนุษย์จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จะเก็บรักษาข้อมูลดังกล่าวไว้เป็นความลับ และให้เป็นตามวัตถุประสงค์การขอรับเงินสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม โดยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงในมนุษย์จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เปิดเผยข้อมูลให้กับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงในมนุษย์ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กรมกิจการเด็กและเยาวชน กรมผู้สูงอายุ กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพคนพิการ และกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา เป็นผู้ใช้ข้อมูล จัดเก็บ รวบรวม เก็บรักษา เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ให้ความช่วยเหลือผู้ให้ข้อมูลต่อไป

ทั้งนี้ ก่อนการแสดงเจตนา ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารชี้แจงข้อมูล หรือได้รับคำอธิบายจากเจ้าหน้าที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงในมนุษย์จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้หรือเปิดเผย (“ประมวลผล”) ข้อมูลส่วนบุคคล และมีความเข้าใจดีแล้ว

ข้าพเจ้าให้ความยินยอมหรือปฏิเสธไม่ให้ความยินยอมในเอกสารนี้ด้วยความสมัครใจ ปราศจากการบังคับหรือชักจูง และข้าพเจ้าทราบว่าข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอมนี้เสียเมื่อใดก็ได้เว้นแต่ในกรณีมีข้อจำกัดสิทธิตามกฎหมายหรือยังมีสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่ให้ประโยชน์แก่ข้าพเจ้าอยู่

กรณีที่ข้าพเจ้าประสงค์จะขอถอนความยินยอม ข้าพเจ้าทราบว่า การถอนความยินยอมจะมีผลต่อการยื่นขอรับความช่วยเหลือของผู้ประสบปัญหาทางสังคม และข้าพเจ้าทราบว่า การถอนความยินยอมดังกล่าว ไม่มีผลกระทบต่อประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้วก่อนการถอนความยินยอม

ลงชื่อ.....

(.....)

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

5. ประเภทผู้ขอรับบริการ

- ☐ ครอบครัวของเด็ก/เด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน
- ☐ ผู้ตกทุกข์ได้ยากที่ขอให้ช่วยเหลือส่งกลับภูมิลำเนาเดิม
- ☐ ผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน
- ☐ ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยที่ประสบความเดือดร้อนหรือผู้ไร้ที่พึ่ง
- ☐ ครอบครัวคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการและประสบปัญหาความเดือดร้อน
- ☐ สตรีหรือครอบครัวที่ประสบปัญหาทางสังคม
- ☐ ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนและมีความจำเป็นในเรื่องต่างๆ
- ☐ ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง
- ☐ สตรีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีผู้อยู่ในอุปการะ
- ☐ สตรีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ไม่ได้ติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะคนในครอบครัวที่ติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์
- ☐ สตรีที่ติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ไม่มีผู้อยู่การเลี้ยงดู
- ☐ สตรีที่สามีย่อย หรือเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะเลี้ยงดูบุคคลในครอบครัว
- ☐ ครอบครัวที่เป็นหัวหน้าครอบครัวติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีผู้อยู่ในอุปการะ
- ☐ ครอบครัวที่เป็นหัวหน้าครอบครัวไม่ได้ติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์
- ☐ ครอบครัวที่หัวหน้าครอบครัวถึงแก่กรรมด้วยโรคเอดส์
- ☐ ผู้ติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ไม่มีผู้อยู่การเลี้ยงดู
- ☐ ราษฎรบนพื้นที่สูง ซึ่งเป็นชาวเขาประสบปัญหาความเดือดร้อน

6. สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

6.1 ด้านที่อยู่อาศัย

- ☐ ไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย
- ☐ ไม่มีที่อยู่อาศัย
- ☐ สภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมต่อการพักอาศัย
- ☐ เร่วร้อน

6.2 ด้านสุขภาพอนามัย

- ☐ ติดเชื่อเอดส์ (HIV)/ ป่วยด้วยโรคเอดส์
- ☐ ป่วยเป็นโรคร้ายแรง
- ☐ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน
- ☐ ผู้ป่วยทางจิต
- ☐ หลงลืมชราภาพ
- ☐ ได้รับผลกระทบจากเชื้อเอดส์/ป่วยด้วยโรคเอดส์
- ☐ เจ็บป่วยเรื้อรัง
- ☐ ขาดแคลนกายอุปกรณ์/ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ
- ☐ ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ☐ ติดยาเสพติด
- ☐ 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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> กำพรว้า | <input type="checkbox"/> ครอบครัวแตกแยก/พ่อแม่แยกทาง |
| <input type="checkbox"/> ครอบครัวอุปถัมภ์ | <input type="checkbox"/> ได้รับการเลี้ยงดูไม่เหมาะสม |
| <input type="checkbox"/> ได้รับผลกระทบจากการที่คนในครอบครัวต้องโทษจำคุก | <input type="checkbox"/> ต้องดูแลบุคคลในครอบครัว |
| <input type="checkbox"/> ต้องรับภาระหน้าที่ในครอบครัวเกินวัย/เกินความสามารถสติปัญญา | <input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์นอกสมรส |
| <input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตร | <input type="checkbox"/> ถูกทอดทิ้ง |
| <input type="checkbox"/> อยู่ตามลำพังไม่มีผู้ดูแล และมีปัญหาในการดำรงชีวิต | <input type="checkbox"/> ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม |
| <input type="checkbox"/> ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลไม่สามารถอุปการะเลี้ยงดูได้ | <input type="checkbox"/> พ่อแม่ที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง/พ่อเลี้ยงเดี่ยว |
| <input type="checkbox"/> แม่เฒ่าที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง/แม่เลี้ยงเดี่ยว | <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"/> ครอบครัวมีภาระเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (อาทิ เด็กคนพิการ ผู้ติดเชื้อเอดส์ ผู้ติดยาเสพติด) | |
| <input type="checkbox"/> ผู้ประกอบการมีฐานะยากจน/ขาดแคลน | <input type="checkbox"/> ครอบครัวยากจน |

6.6 ด้านความรุนแรงในครอบครัว/สังคม

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น | <input type="checkbox"/> ทารุณกรรมทางร่างกาย |
| <input type="checkbox"/> ทารุณกรรมทางจิตใจ | <input type="checkbox"/> ทารุณกรรมทางเพศ |

6.7 ด้านการเป็นผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ตกเป็นเครื่องมือแสวงหาผลประโยชน์อื่นๆ | <input type="checkbox"/> ถูกทารุณกรรม/กักขัง/หน่วงเหนี่ยว |
| <input type="checkbox"/> ถูกบังคับขอรหัส | <input type="checkbox"/> ถูกบังคับค้าประเวณี |
| <input type="checkbox"/> ถูกล่อลวง | <input type="checkbox"/> ถูกแสวงหาประโยชน์ทางเพศ |
| <input type="checkbox"/> เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น | <input type="checkbox"/> ถูกบังคับใช้แรงงาน |
| <input type="checkbox"/> ถูกบังคับให้ประพฤติดกฏหมาย | |

6.8 ด้านการเข้าถึงสิทธิและความเป็นธรรมในสังคม

- ☐ ไม่มีค่าพาหนะเดินทางกลับภูมิลำเนา
- ☐ ไม่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐ
- ☐ ยังไม่ยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ
- ☐ 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

บัญชีท้ายระเบียบฯลำดับที่

- 1
1
1
1
1
1
2
2
2
2
2
3
6,9,11
6,9,11
6,9,11
6,9,11
10,11

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 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

(.....)

ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับคำขอ

(.....)

ลงวันที่.....

ผลการเยี่ยมบ้าน

ตรวจเยี่ยม

เจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยม ชื่อ - สกุลตำแหน่ง

หน่วยงาน.....

ชื่อ - สกุล ของผู้ประสบปัญหาทางสังคม.....

บ้านเลขที่.....

สภาพที่อยู่อาศัย

.....

.....

.....

.....

สภาพปัญหาความเดือดร้อน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมบ้าน

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้เยี่ยมบ้าน

(.....)

ตำแหน่ง

ลงวันที่.....(ว.ด.ป.ที่เยี่ยมบ้าน)

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

ส่วนนี้ สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้วินิจฉัย เท่านั้น

การพิจารณาให้ความช่วยเหลือ
ความเห็นของผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ
<div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> ช่วยเหลือเป็นเงิน จำนวน.....บาท หรือ </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> ช่วยเหลือเป็นสิ่งของ ระบุ </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> อุปกรณ์การศึกษา <input type="checkbox"/> เครื่องนุ่งห่ม <input type="checkbox"/> นมผงสำหรับเด็ก <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> อาหาร <input type="checkbox"/> ยารักษาโรค <input type="checkbox"/> เครื่องอุปโภคและบริโภค </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> มูลค่าสิ่งของ จำนวนบาท </div> <div style="margin-top: 5px;"> ตามระเบียบ/ประกาศ/หนังสือ </div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; margin-top: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; margin-top: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; margin-top: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; margin-top: 5px;"></div> <div style="margin-top: 10px;"> เงินอุดหนุนประเภท..... </div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; margin-top: 5px;"></div> <div style="margin-top: 20px; text-align: right;"> ลงชื่อผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ (.....) ตำแหน่ง เลขที่..... วันที่.....เดือนพ.ศ. </div> <div style="margin-top: 10px;"> หมายเหตุ : ผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ ได้แก่ (๑) ผู้ซึ่งระเบียบ ประกาศ หรือหลักเกณฑ์ว่าด้วยการนั้น กำหนดให้เป็นผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ หรือ (๒) นักสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต หรือเจ้าหน้าที่อื่นซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในความควบคุมของนักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต หรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าส่วนราชการเจ้าของเงินอุดหนุน </div>
ผลการพิจารณาให้ความช่วยเหลือของคณะกรรมการพิจารณาให้ความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม
วันที่ประชุมคณะกรรมการ.....ครั้งที่.....
<input type="radio"/> ทราบ (เร่งด่วน)
<input type="radio"/> คุณสมบัติผู้ประสบปัญหาทางสังคม
<input type="checkbox"/> เห็นชอบ
<input type="checkbox"/> ไม่เห็นชอบ ระบุเหตุผล.....
<div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; margin-top: 5px;"></div>
<input type="radio"/> วิธีการให้ความช่วยเหลือ
<input type="checkbox"/> เห็นชอบ
<input type="checkbox"/> ไม่เห็นชอบ ระบุเหตุผล.....
ความเห็นเพิ่มเติม.....
<div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; margin-top: 5px;"></div>

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/ที่ทำงาน ☐ อื่นๆ ระบุ

☐ ระบุข้อความช่วยเหลือ 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"/> 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

- | | | |
|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> เหล่ากาชาดอำเภอ/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"/> สำนักงานองคมนตรี..... | <input type="checkbox"/> เงิน..... | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> เงินบริจาค/ช่วยเหลือจากบุคคลทั่วไป จำนวน..... | บาท | |

แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ
KTB Corporate Online

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

เลขประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□

สำนัก/กอง/ศูนย์.....สังกัดกรม.....

กระทรวง.....

อยู่บ้านเลขที่ ซอย ถนน ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

เบอร์โทรศัพท์

ขอรับเงินสวัสดิการ ค่าตอบแทน และยืมเงินราชการผ่านระบบ KTB Corporate Online โดย
ได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารมาเพื่อเป็นหลักฐานด้วยแล้ว

☐ กรณีเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ ที่สังกัดส่วนราชการผู้จ่าย

☐ เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ใช้สำหรับรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน

บัญชีเงินฝากธนาคารสาขา

ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร

☐ เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารอื่น ตามที่ อนุญาต

บัญชีเงินฝากธนาคารสาขา

ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร

☐ กรณีเป็นบุคคลภายนอกเพื่อเข้าบัญชีเงินฝาก สาขา

ประเภท เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร

และเมื่อ โอนเงินผ่านระบบ KTB

Corporate Online แล้ว ให้ส่งข้อมูลการโอนเงินผ่านช่องทาง

☐ ข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ (SMS) ที่เบอร์โทรศัพท์

☐ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ตาม e-mail address

ลงชื่อ ผู้มีสิทธิรับเงิน

(.....)

หมายเหตุ : เลขที่ของแบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online ให้ระบุหมายเลขกำกับ
เรียงกันไปทุกฉบับ เพื่อประโยชน์ในการจัดทำทะเบียนคุมการโอนเงิน

