

## เอกสารแสดงความยินยอม (Consent Form)

วันที่ \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว \_\_\_\_\_

☐ “ให้” ความยินยอม

☐ “ไม่ให้” ความยินยอม

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

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

ข้าพเจ้าให้ความยินยอมหรือปฏิเสธไม่ให้ความยินยอมในเอกสารนี้ด้วยความสมัครใจ ปราศจากการบังคับหรือชักจูง และข้าพเจ้าทราบว่าข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอมนี้เสียเมื่อใดก็ได้เว้นแต่ในกรณีมีข้อจำกัดสิทธิตามกฎหมายหรือยังมีสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดภูเก็ต 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
- ☐ สตรีที่ติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู
- ☐ สตรีที่สามียป่วย หรือเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะเลี้ยงดูบุคคลในครอบครัว
- ☐ ครอบครัวที่เป็นหัวหน้าครอบครัวติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีผู้อยู่ในอุปการะ
- ☐ ครอบครัวที่เป็นหัวหน้าครอบครัวไม่ได้ติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์
- ☐ ครอบครัวที่หัวหน้าครอบครัวถึงแก่กรรมด้วยโรคเอดส์
- ☐ ผู้ติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู
- ☐ 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"/> แม่ม่ายที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง/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"/> ถูกบังคับขอราน                        | <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.....



## 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

(.....)

ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับคำขอ

(.....)

ลงวันที่.....

## ผลการเยี่ยมบ้าน

### ตรวจเยี่ยม

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

หน่วยงาน.....

ชื่อ - สกุล ของผู้ประสบปัญหาทางสังคม.....

บ้านเลขที่.....

### สภาพที่อยู่อาศัย

.....

.....

.....

.....

### สภาพปัญหาความเดือดร้อน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมบ้าน

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้เยี่ยมบ้าน

(.....)

ตำแหน่ง .....

ลงวันที่.....(ว.ด.ป.ที่เยี่ยมบ้าน)

หมายเหตุ : ผู้เยี่ยมบ้าน หมายถึง 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 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> <div style="margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;">มูลค่าสิ่งของ จำนวน .....บาท</p> <p>ตามระเบียบ/ประกาศ/หนังสือ</p> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> </div> <p>เงินอุดหนุนประเภท.....</p> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> </div>	
<p>ลงชื่อ .....ผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ</p> <p>(.....)</p> <p>ตำแหน่ง .....</p> <p>เลขที่.....</p> <p>วันที่.....เดือน .....พ.ศ. ....</p>	
<p><b>หมายเหตุ :</b> ผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ ได้แก่</p> <p>(๑) ผู้ซึ่งระเบียบ ประกาศ หรือหลักเกณฑ์ว่าด้วยการนั้น กำหนดให้เป็นผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ หรือ</p> <p>(๒) นักสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต หรือเจ้าหน้าที่อื่นซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในความควบคุมของนักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต หรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าส่วนราชการเจ้าของเงินอุดหนุน</p>	
ผลการพิจารณาให้ความช่วยเหลือของคณะกรรมการพิจารณาให้ความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม	
<p>วันที่ประชุมคณะกรรมการฯ.....ครั้งที่.....</p> <p><input type="radio"/> ทราบ (เร่งด่วน)</p> <p><input type="radio"/> คุณสมบัติผู้ประสบปัญหาทางสังคม</p> <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> เห็นชอบ  <input type="checkbox"/> ไม่เห็นชอบ ระบุเหตุผล.....             </div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; margin-top: 10px;"></div> <p><input type="radio"/> วิธีการให้ความช่วยเหลือ</p> <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> เห็นชอบ  <input type="checkbox"/> ไม่เห็นชอบ ระบุเหตุผล.....             </div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; margin-top: 10px;"></div> <p>ความเห็นเพิ่มเติม.....</p> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; margin-top: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; margin-top: 10px;"></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.

☐ 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.....

☐ สค. 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

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

บัญชีเงินฝากธนาคาร .....สาขา .....

ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร .....

☐ เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารอื่น ตามที่ ..... อนุญาต

บัญชีเงินฝากธนาคาร .....สาขา .....

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







