



ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์  
เรื่อง แบบคำขอรับความช่วยเหลือและแบบการรับสิ่งของ

โดยที่เห็นสมควรให้มีแบบคำขอรับความช่วยเหลือและแบบการรับสิ่งของ เพื่อรองรับการดำเนินงานสำหรับเจ้าหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๖ ข้อ ๑๐ วรรคสาม และข้อ ๑๗ วรรคสอง แห่งระเบียบกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ว่าด้วยมาตรการทางบริหารสำหรับการช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ. ๒๕๖๑ ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ใช้แบบคำขอรับความช่วยเหลือและแบบการรับสิ่งของท้ายประกาศนี้ ในการดำเนินการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม ตามระเบียบกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ว่าด้วยมาตรการทางบริหารสำหรับการช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๒

(นายปรเมธี วิมลศิริ)

ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

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"/> กำพร้า   | <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"/> ถูกบังคับขอรทาน                       | <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
- ☐ ถูกรังแกเหยียดหยาม
- ☐ 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.หรือเจ้าหน้าที่หน่วยบริการในพื้นที่หรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายหรือได้รับคำขอนี้ หรืออาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.)



ส่วนนี้ สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้วินิจฉัย เท่านั้น

## การพิจารณาให้ความช่วยเหลือ

### ความเห็นของผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ

☐ ช่วยเหลือเป็นเงิน จำนวน.....บาท หรือ

☐ ช่วยเหลือเป็นสิ่งของ ระบุ ☐ อุปกรณ์การศึกษา

☐ อาหาร

☐ เครื่องนุ่งห่ม

☐ ยารักษาโรค

☐ นมผงสำหรับเด็ก

☐ เครื่องอุปโภคและบริโภค

☐ อื่นๆ ระบุ.....

มูลค่าสิ่งของ จำนวน .....บาท

ตามระเบียบ/ประกาศ/หนังสือ

เงินอุดหนุนประเภท.....

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

เบอร์โทรศัพท์.....

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

ชื่อ - นามสกุล ผู้รับเงิน.....

เลขที่บัตรประชาชน                      เบอร์โทรศัพท์.....

เลขที่บัญชี.....ชื่อบัญชี.....

ธนาคาร.....สาขา.....

### รายละเอียดสำหรับการรับสิ่งของ

#### ☐ รับด้วยตนเอง

☐ ผู้รับแทน เลขที่บัตรประชาชน

ชื่อ-นามสกุล.....

ประสานส่งต่อไปยังหน่วยงาน ชื่อหน่วยงาน.....จังหวัด.....

- ☐ ..... ส่งไปทำกายภาพบำบัด ☐ ..... ส่งเข้ารับการรักษา/บำบัด ☐ ..... ส่งเข้าสถานสงเคราะห์/สถานคุ้มครอง  
☐ ..... ขอบุตรบุญธรรม/ครอบครัวอุปถัมภ์ ☐ ..... ส่งเข้าฝึกอบรม/อาชีพ ☐ ..... จัดหาอาชีพ  
☐ ..... อื่นๆ ระบุ.....

### ช่วยเหลือด้านอื่นๆ

- ☐ ..... ให้คำปรึกษา/แนะนำ ☐ ..... ช่วยเหลือทางด้านกฎหมาย/คุ้มครองสิทธิ ☐ ..... ติดตามหาญาติ  
☐ ..... ที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน ☐ ..... อื่นๆ ระบุ.....

☐ ..... 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                                |  |

แบบคำขอรับความช่วยเหลือกรณีผู้ตกทุกข์ได้ยากกลับภูมิลำเนาเดิม

<b>ข้อมูลผู้ขอรับความช่วยเหลือ</b>		
ชื่อ - สกุล.....บ้านเลขที่ .....		
<b>ปัญหาความเดือดร้อน</b>		
<input type="checkbox"/> เดินทางมาทำงานทำ	<input type="checkbox"/> ถูกเลิกจ้าง ทำงานแล้วไม่ได้รับค่าจ้าง	<input type="checkbox"/> ถูกล่อลวง
<input type="checkbox"/> เดินทางมาหาคู่สมรส , ญาติ	<input type="checkbox"/> เดินทางมารับการรักษาพยาบาล	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
<b>ความต้องการช่วยเหลือเพิ่มเติม เมื่อกลับภูมิลำเนา</b>		
<input type="checkbox"/> ต้องการฝึกอาชีพ	<input type="checkbox"/> ต้องการค่าใช้จ่ายด้านการศึกษาบุตร	
<input type="checkbox"/> ต้องการเงินทุนประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	
<b>กรณีผู้ตกทุกข์ได้ยากในต่างประเทศ ให้กรอกข้อมูลต่อไปนี้ด้วย</b>		
เดินทางไปต่างประเทศเมื่อวันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....		
สถานที่ทำงาน/พักอาศัย.....		
จุดประสงค์ที่เดินทางไป.....		
ผู้จัดส่ง (นาย/นาง/นางสาว/บริษัท).....		
สาเหตุที่เดินทางกลับ.....		
จากประเทศ.....เดินทางกลับถึงประเทศไทยเมื่อวันที่ .....		
โดยเที่ยวบิน.....		

ลงชื่อ .....ผู้ขอรับความช่วยเหลือ

(.....)

โทรศัพท์.....

<b>ค่าใช้จ่ายในการเดินทางกลับภูมิลำเนา</b>
ค่ารถโดยสารประจำทาง/รถไฟชั้น 3 จากกรุงเทพฯ - .....เป็นเงิน.....บาท
ค่าต่อรถ - บ้านพัก.....เป็นเงิน.....บาท
ค่าอาหารระหว่างเดินทาง .....คน.....วันๆละ.....บาท เป็นเงิน.....บาท
ค่าใช้จ่ายอื่นๆ (ขวดนม นมผง ยาสีฟัน รองเท้าแตะฯ).....เป็นเงิน.....บาท
<b>เป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท</b>
<b>ความเห็นของนักสังคมสงเคราะห์</b>
เห็นควรสงเคราะห์ค่าพาหนะและค่าอาหารในการเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิม จังหวัด.....
แก่ (นาย/นาง/นางสาว).....เป็นเงินจำนวน .....บาท

ลงชื่อ .....นักสังคมสงเคราะห์/เจ้าหน้าที่

(.....)

โทรศัพท์.....

วันที่ .....เดือน .....พ.ศ. ....

# บัญชีการรับสิ่งของ

ประกอบการอนุมัติที่ ..... ลงวันที่ ..... จำนวน .....บาท

หน่วยงาน .....

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	เลขบัตรประชาชน														ที่อยู่ปัจจุบัน				จำนวนสิ่งของ	ลายมือชื่อ
																เลขที่	หมู่ที่/ซอย	ตำบล	อำเภอ	(ชุด)	ผู้รับสิ่งของ

ลงชื่อ ..... ผู้มอบ  
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน  
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน  
(.....)

วันที่ให้ข้อมูล .....

หมายเหตุ : รายการสิ่งของ ๑ ชุด ประกอบด้วย ..... มูลค่ารวม ..... บาท