## C:\00 Sirinthip\งาน กพส\info\img ตกแต่ง\กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.png

**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 ○ น้า ○ อา ○ ไม่มีความสัมพันธ์ 🗆 อื่นๆ |
| สาเหตุของการอุปการะ บิดา ○ ทอดทิ้ง ○ เสียชีวิต ○ ต้องโทษจำคุก ○ อื่นๆ ระบุ |
| มารดา ○ ทอดทิ้ง ○ เสียชีวิต ○ ต้องโทษจำคุก ○ อื่นๆ ระบุ |
| **3. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน** |
| พิกัด GPS : ละติจูด ลองจิจูด  ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน รหัสประจำบ้าน  บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก ซอย  ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต  จังหวัด รหัสไปรษณีย์  โทรศัพท์ เบอร์ต่อ โทรสาร  โทรศัพท์มือถือ |
| **4. ที่อยู่ปัจจุบัน** 🗆 **ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน**  *(กรณีเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ขอให้ทำเครื่องหมาย* ☑ *และข้ามไปกรอกข้อมูลติดต่อผ่านชื่อและเบอร์โทรศัพท์)* |
| ○ บ้านตนเอง ○ อาศัยผู้อื่นอยู่ ○ อาศัยอยู่กับญาติ ○ บ้านเช่า ○ อยู่กับผู้จ้าง ○ ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง  พิกัด GPS : ละติจูด ลองจิจูด  ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน รหัสประจำบ้าน  บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน ตรอก  ซอย ถนน ตำบล/แขวง  อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์  โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ  ติดต่อผ่านชื่อ โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ |

**สภาพที่อยู่อาศัย**

🗆 มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองและมั่นคงถาวร 🗆 มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองแต่ไม่มั่นคงถาวร 🗆 อาศัยอยู่กับผู้อื่น

🗆 อยู่ในที่ดินบุคคลอื่น 🗆 บ้านเช่า 🗆 พื้นที่สาธารณะ

**ระดับการศึกษาสูงสุด**

🗆 ไม่ได้รับการศึกษา/ไม่จบชั้น 🗆 ประถมศึกษาตอนต้น 🗆 ประถมศึกษาตอนปลาย 🗆 มัธยมศึกษาตอนต้น

🗆 มัธยมศึกษาตอนปลาย 🗆 ปวช. 🗆 ปวส./อนุปริญญา 🗆 ปริญญาตรี 🗆 สูงกว่าปริญญาตรี

**อาชีพ**

🗆 ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน 🗆 นักเรียน/นักศึกษา 🗆 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว 🗆 ภิกษุ/สามเณร/แม่ชี

🗆 เกษตรกร (ทำไร่/นา/สวน/เลี้ยงสัตว์/ประมง) 🗆 รับจ้าง 🗆 ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ

🗆 พนักงานรัฐวิสาหกิจ 🗆 พนักงานบริษัท 🗆 อื่นๆ ระบุ

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บาท ที่มาของรายได้ 🗆 ด้วยตนเอง 🗆 ผู้อื่นให้

หนี้สินในระบบ บาท หนี้สินนอกระบบ บาท

รายได้เฉลี่ยของครอบครัว บาทต่อเดือน

**สมาชิกในครอบครัว (ไม่รวมผู้ประสบปัญหาทางสังคมและต้องเป็นสมาชิกในครอบครัวเท่านั้น)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | เลขบัตรประชาชน | คำนำหน้า  ชื่อ - สกุล | ว/ด/ป  เกิด | อายุ | เพศ | ความสัมพันธ์กับผู้ประสบปัญหา | อาชีพ | รายได้  ต่อวัน/ต่อเดือน/ต่อปี | สภาพทางร่างกาย | | | ช่วยเหลือตนเอง | | ระดับการศึกษา  สูงสุด |
| ปกติ | พิการ | ป่วยเรื้อรัง | ได้ | ไม่ได้ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **5. ประเภทผู้ขอรับบริการ** |
| 🗆 ครอบครัวของเด็ก/เด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน  🗆 ผู้ตกทุกข์ได้ยากที่ขอให้ช่วยเหลือส่งกลับภูมิลำเนาเดิม  🗆 ผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน  🗆 ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยที่ประสบความเดือดร้อนหรือผู้ไร้ที่พึ่ง  🗆 ครอบครัวคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการและประสบปัญหาความเดือดร้อน  🗆 สตรีหรือครอบครัวที่ประสบปัญหาทางสังคม  🗆 ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนและมีความจำเป็นในเรื่องต่างๆ  🗆 ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง  🗆 สตรีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีผู้อยู่ในอุปการะ  🗆 สตรีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ไม่ได้ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะคนในครอบครัวที่ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์  🗆 สตรีที่ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู  🗆 สตรีที่สามีป่วย หรือเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะเลี้ยงดูบุคคลในครอบครัว  🗆 ครอบครัวที่เป็นหัวหน้าครอบครัวติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีผู้อยู่ในอุปการะ  🗆 ครอบครัวที่เป็นหัวหน้าครอบครัวไม่ได้ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อหรือ  ป่วยด้วยโรคเอดส์  🗆 ครอบครัวที่หัวหน้าครอบครัวถึงแก่กรรมด้วยโรคเอดส์  🗆 ผู้ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู  🗆 ราษฎรบนพื้นที่สูง ซึ่งเป็นชาวเขาประสบปัญหาความเดือดร้อน |
| **6. สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ** |
| **6.1 ด้านที่อยู่อาศัย**  🗆 ไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย 🗆 สภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมต่อการพักอาศัย  🗆 ไม่มีที่อยู่อาศัย 🗆 เร่ร่อน  **6.2 ด้านสุขภาพอนามัย**  🗆 ติดเชื้อเอดส์ (HIV)/ ป่วยด้วยโรคเอดส์ 🗆 หลงลืมชราภาพ 🗆 ได้รับผลกระทบจากเชื้อเอดส์/ป่วยด้วยโรคเอดส์  🗆 ป่วยเป็นโรคร้ายแรง 🗆 เจ็บป่วยเรื้อรัง 🗆 ขาดแคลนกายอุปกรณ์/ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ  🗆 ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน 🗆 ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ 🗆 ติดยาเสพติด  🗆 ผู้ป่วยทางจิต 🗆 โรคซึมเศร้า 🗆 อื่นๆ ระบุ.................................................................  **6.3 ด้านการศึกษา**  🗆 ขาดโอกาสทางการศึกษา 🗆 ไม่มีทุนการศึกษา  **6.4 ด้านการมีงานทำ และมีรายได้**  🗆 ขอทาน 🗆 ขาดทักษะในการประกอบอาชีพ 🗆 รายได้ไม่พอใช้จ่าย  🗆 ถูกเลิกจ้าง/ว่างงาน 🗆 ถูกนายจ้างเอารัดเอาเปรียบ 🗆 มีหนี้สิน  🗆 ไม่มีการออม 🗆 ไม่มีงานทำ 🗆 ไม่มีทุนประกอบอาชีพ 🗆 ไม่มีรายได้ 🗆 ไม่มีอาชีพ 🗆 ยากจน/ไร้ที่พึ่ง 🗆 ไม่มีที่ดินทำกิน 🗆 รายได้ไม่แน่นอน 🗆 อื่นๆ ระบุ.............................  **6.5 ด้านครอบครัว**  🗆 กำพร้า 🗆 ครอบครัวแตกแยก/พ่อแม่แยกทาง  🗆 ครอบครัวอุปถัมภ์ 🗆 ได้รับการเลี้ยงดูไม่เหมาะสม  🗆 ได้รับผลกระทบจากการที่คนในครอบครัวต้องโทษจำคุก 🗆 ต้องดูแลบุคคลในครอบครัว  🗆 ต้องรับภาระหน้าที่ในครอบครัวเกินวัย/เกินความสามารถสติปัญญา 🗆 ตั้งครรภ์นอกสมรส  🗆 ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตร 🗆 ถูกทอดทิ้ง  🗆 อยู่ตามลำพังไม่มีผู้ดูแล และมีปัญหาในการดำรงชีวิต 🗆 ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม  🗆 ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลไม่สามารถอุปการะเลี้ยงดูได้ 🗆 พ่อม่ายที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง/พ่อเลี้ยงเดี่ยว  🗆 แม่ม่ายที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง/แม่เลี้ยงเดี่ยว 🗆 ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน  🗆 ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางคืน ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน 🗆 ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้  🗆 ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านร่างกาย 🗆 ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านจิตใจ  🗆 ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านเพศ 🗆 ครอบครัวมีหนี้สิน  🗆 ครอบครัวมีภาระเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (อาทิ เด็กคนพิการ ผู้ติดเชื้อเอดส์ ผู้ติดยาเสพติด)  🗆 ผู้อุปการะมีฐานะยากจน/ขาดแคลน 🗆 ครอบครัวยากจน  **6.6 ด้านความรุนแรงในครอบครัว/สังคม**  🗆 เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น 🗆 ทารุณกรรมทางร่างกาย  🗆 ทารุณกรรมทางจิตใจ 🗆 ทารุณกรรมทางเพศ  **6.7 ด้านการเป็นผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์**  🗆 ตกเป็นเครื่องมือแสวงหาผลประโยชน์อื่นๆ 🗆 ถูกทารุณกรรม/กักขัง/หน่วงเหนี่ยว  🗆 ถูกบังคับขอทาน 🗆 ถูกบังคับค้าประเวณี  🗆 ถูกล่อลวง 🗆 ถูกแสวงหาประโยชน์ทางเพศ  🗆 เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น 🗆 ถูกบังคับใช้แรงงาน  🗆 ถูกบังคับให้ประพฤติผิดกฎหมาย  **6.8 ด้านการเข้าไม่ถึงสิทธิและความเป็นธรรมในสังคม**  🗆 ไม่มีค่าพาหนะเดินทางกลับภูมิลำเนา  🗆 ไม่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐ  🗆 ยังไม่ยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ  🗆 ไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎร์  🗆 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  4,5,6,9,11  4,5,6,9,11  4,5,6,9,11  4,5,6,9,11  9,10,11  4,5,6  7  7  7  8  10  11  1-11  **7.1 ด้านเงิน (ใส่จำนวนเงินด้วย)** |
| 🗆 .............ค่าเลี้ยงดู ค่าพาหนะ สำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน  🗆 ............เกี่ยวกับการศึกษาสำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน  🗆 ............เงินทุนประกอบอาชีพ สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน  🗆 ............ค่ารักษาพยาบาล สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน  🗆 ............ค่ากายอุปกรณ์แก่เด็กพิการและทุพพลภาพ  🗆 ............อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยป้องกันและแก้ไขความพิการของเด็ก  🗆 ............ค่าใช้จ่ายในการส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม  🗆 ............ค่าอาหารระหว่างรอรับการสงเคราะห์ และระหว่างเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิม  🗆 ............ค่าพาหนะส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม  🗆 ............ค่าเช่าที่พักของผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม  🗆 ............ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระหว่างรอรับการสงเคราะห์  ระหว่างการเดินทางเพื่อรับการสงเคราะห์หรือกลับภูมิลำเนาเดิม  🗆 ............เงินอุดหนุนเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน  🗆 ............ค่าเครื่องอุปโภคบริโภค  🗆 ............ค่าใช้จ่ายในการครองชีพตามความจำเป็น  🗆 ............ค่ารักษาพยาบาล เช่น ค่ายา ค่าอุปกรณ์การรักษา ค่าอาหารที่โรงพยาบาลหรือ  สถานพยาบาลของทางราชการสั่งรวมถึงค่าพาหนะ ค่าอาหาร ระหว่างติดต่อรักษาพยาบาล  🗆 ............ค่าซ่อมแซมที่อยู่อาศัย  🗆 ............เงินทุนประกอบอาชีพ  🗆 ............เงินทุนประกอบอาชีพ รวมถึงการรวมกลุ่ม  🗆 ............ค่าอาหาร  🗆 ............ค่าเครื่องนุ่งห่ม  🗆 ............ค่าพาหนะเดินทาง ค่าอาหาร ค่าเครื่องนุ่งห่ม หรือค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้น  แก่ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง  🗆 ............เงินทุนประกอบอาชีพแก่สตรีที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว  🗆 ............ค่าวัสดุที่พักชั่วคราว  🗆 ............อื่นๆ ระบุ .................................................................................................................................... |
| **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  🗆 .........แจ้งความต่อพนักงานสอบสวนเพื่อดำเนินคดีต่อผู้กระทำผิดทารุณกรรม  🗆 .........ให้คำแนะนำแก่ครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอยู่ด้วย เพื่อทำความเข้าใจให้สามารถดูแลผู้สูงอายุมิให้ถูกทารุณกรรมอีก  🗆 .........ให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับคดีและเรื่องสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ  🗆 .........ให้การฟื้นฟูสภาพร่างกาย สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ให้กลับไปสู่สภาวะปกติ และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุ  กับครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย  🗆 .........ส่งกลับภูมิลำเนาเดิม  🗆 .........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 |

***สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมบ้าน เท่านั้น***

|  |
| --- |
| **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.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** ................................................**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** | | วันที่ประชุมคณะกรรมการฯ.....................................................................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   1. **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** ชื่อหน่วยงานจังหวัด |
| 🗆 ……… ส่งไปทำกายภาพบำบัด 🗆 ……… ส่งเข้ารับการรักษา/บำบัด 🗆 ……… ส่งเข้าสถานสงเคราะห์/สถานคุ้มครอง  🗆 ……… ขอบุตรบุญธรรม/ครอบครัวอุปถัมภ์ 🗆 ……… ส่งเข้าฝึกอบรม/อาชีพ 🗆 ……… จัดหาอาชีพ  🗆 ……… อื่นๆ ระบุ |
| ***ช่วยเหลือด้านอื่นๆ*** |
| 🗆 ……… ให้คำปรึกษา/แนะนำ 🗆 ……… ช่วยเหลือทางด้านกฎหมาย/คุ้มครองสิทธิ์ 🗆 ……… ติดตามหาญาติ  🗆 ……… ที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน 🗆 ……… อื่นๆ ระบุ |

🗆 ……… **ระงับความช่วยเหลือ** 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 |

***สำหรับกรณี การส่งผู้ใช้บริการกลับภูมิลำเนา***

**แบบคำขอรับความช่วยเหลือกรณีผู้ตกทุกข์ได้ยากกลับภูมิลำเนาเดิม**

|  |
| --- |
| **ข้อมูลผู้ขอรับความช่วยเหลือ** |
| ชื่อ – สกุล..............................................................บ้านเลขที่ ...................................................................................................................  **ปัญหาความเดือดร้อน**  🗆 เดินทางมาหางานทำ 🗆 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. ...........