



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

(นายปรนธิ วนลศิริ)

ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

สำหรับ เจ้าหน้าที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เท่านั้น

ครั้งที่.....ปี.....

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

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

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



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.....

5. ประเภทผู้ขอรับบริการ

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

6. สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

6.1 ด้านที่อยู่อาศัย

- ไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย
- ไม่มีที่อยู่อาศัย
- สภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมต่อการพักอาศัย
- เร่วร้อน

6.2 ด้านสุขภาพอนามัย

- ติดเชื้อเอดส์ (HIV)/ ป่วยด้วยโรคเอดส์
- ป่วยเป็นโรคร้ายแรง
- ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน
- ผู้ป่วยทางจิต
- หลงลืมชราภาพ
- เจ็บป่วยเรื้อรัง
- ไม่ได้การรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- โรคซึมเศร้า
- ได้รับผลกระทบจากเชื้อเอดส์/ป่วยด้วยโรคเอดส์
- ขาดแคลนกายอุปกรณ์/ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ
- ตติยาเสพติด
- 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"/> ตั้งครรถ์นอกสมรส |
| <input type="checkbox"/> ตั้งครรถ์ในวัยรุ่นและไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตร | <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 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดยาเสพติด) | |
| <input type="checkbox"/> ผู้อุปการะมีฐานะยากจน/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"/> ถูกบังคับให้ประพฤตินิดกฏหมาย | |

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 | |
|---|----------------------------------|
| <p>7.1 ด้านเงิน (ใส่จำนวนเงินด้วย)</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าเลี้ยงดู ค่าพาหนะ สำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน 1</p> <p><input type="checkbox"/>เกี่ยวกับการศึกษาสำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน 1</p> <p><input type="checkbox"/>เงินทุนประกอบอาชีพ สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน 1</p> <p><input type="checkbox"/>ค่ารักษาพยาบาล สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน 1</p> <p><input type="checkbox"/>ค่ากายอุปกรณ์แก่เด็กพิการและทุพพลภาพ 1</p> <p><input type="checkbox"/>อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยป้องกันและแก้ไขความพิการของเด็ก 1</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าใช้จ่ายในการส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม 2</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าอาหารระหว่างรอรับการสงเคราะห์ และระหว่างเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิม 2</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าพาหนะส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม 2</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าเช่าที่พักของผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม 2</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระหว่างรอรับการสงเคราะห์ ระหว่างการเดินทางเพื่อรับการสงเคราะห์หรือกลับภูมิลำเนาเดิม 2</p> <p><input type="checkbox"/>เงินอุดหนุนเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน 3</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าเครื่องอุปโภคบริโภค 4,5,6,9,11</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าใช้จ่ายในการครองชีพตามความจำเป็น 4,5,6,9,11</p> <p><input type="checkbox"/>ค่ารักษาพยาบาล เช่น ค่ายา ค่าอุปกรณ์การรักษา ค่าอาหารที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของทางราชการรวมถึงค่าพาหนะ ค่าอาหาร ระหว่างติดต่อรักษาพยาบาล 4,5,6,9,11</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าซ่อมแซมที่อยู่อาศัย 4,5,6,9,11</p> <p><input type="checkbox"/>เงินทุนประกอบอาชีพ 9,10,11</p> <p><input type="checkbox"/>เงินทุนประกอบอาชีพ รวมถึงการรวมกลุ่ม 4,5,6</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าอาหาร 7</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าเครื่องนุ่งห่ม 7</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าพาหนะเดินทาง ค่าอาหาร ค่าเครื่องนุ่งห่ม หรือค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้น แก่ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง 8</p> <p><input type="checkbox"/>เงินทุนประกอบอาชีพแก่สตรีที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว 10</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าวัสดุที่ปักชั่วคราว 11</p> <p><input type="checkbox"/>อื่นๆ ระบุ 1-11</p> | <p>บัญชีท้ายระเบียบฯลำดับที่</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"/>แจ้งความต่อพนักงานสอบสวนเพื่อดำเนินคดีต่อผู้กระทำความผิดทารุณกรรม</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.....

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.หรือเจ้าหน้าที่หน่วยบริการในพื้นที่หรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายหรือได้รับคำขอนี้ หรืออาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.)

ส่วนนี้ สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้วินิจฉัย เท่านั้น

การพิจารณาให้ความช่วยเหลือ

ความเห็นของผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ

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

มูลค่าสิ่งของ จำนวนบาท

ตามระเบียบ/ประกาศ/หนังสือ

เงินอุดหนุนประเภท.....

ลงชื่อผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ
(.....)

ตำแหน่ง

เลขที่.....

วันที่.....เดือนพ.ศ.

หมายเหตุ : ผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ ได้แก่

- (๑) ผู้ซึ่งระเบียบ ประกาศ หรือหลักเกณฑ์ว่าด้วยกรนั้น 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.....

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

- 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

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.

บัญชีการรับสิ่งของ

ประกอบการอนุมัติที่ ลงวันที่ จำนวนบาท

หน่วยงาน

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

ลงชื่อ ผู้มอบ
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

วันที่ให้ข้อมูล

หมายเหตุ : รายการสิ่งของ ๑ ชุด ประกอบด้วย มูลค่ารวม บาท