

สำหรับ เจ้าหน้าที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เท่านั้น

ครั้งที่..... ปี.....

เลขที่แบบบันทึก..... วันที่รับเรื่อง 29 เมษายน 2564

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

ชื่อ-นามสกุล ผู้สำรวจ/รับเรื่อง สอบข้อเท็จจริง นางสาวกลุติดา ยงเพ็ชร ตำแหน่ง อพม



แบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม  
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

1. ผู้ยื่นคำร้อง / ผู้แจ้งแทน (กรณีไม่สามารถยื่นคำร้องได้ด้วยตนเอง) ผู้ยื่นคำขอ

คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....) ชื่อ สมปรารถนา นามสกุล มีสุข  
เลขที่บัตรประชาชน 2 2 9 4 4 5 5 6 5 0 2 3 9 กรณีไม่มีเนื่องจาก.....  
วัน/เดือน/ปีเกิด 1 มกราคม 2500 อายุ 64 ปี เพศ ☐ ชาย ☒ หญิง  
ความสัมพันธ์กับผู้ประสบปัญหา ผู้ประสบปัญหา ระดับการศึกษาสูงสุด ป.4  
บ้านเลขที่ 100 หมู่ที่ 4 ชื่อหมู่บ้าน บ้านขอนแก่น ต.รอก -  
ซอย - ถนน - ตำบล/แขวง ในเมือง  
อำเภอ/เขต เมืองอุบลราชธานี จังหวัด อุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34000  
โทรศัพท์ 088-1990020 โทรสาร - โทรศัพท์มือถือ 088-1990020  
e-Mail.....

2. ประวัติผู้ประสบปัญหาทางสังคม

2.1 กรณีบุคคลทั่วไป

คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....) ชื่อ สมปรารถนา นามสกุล มีสุข  
เลขที่บัตรประชาชน 2 2 9 4 4 5 5 6 5 0 2 3 9 กรณีไม่มีเนื่องจาก.....  
วัน/เดือน/ปีเกิด 1 มกราคม 2500 อายุ 64 ปี เพศ ☐ ชาย ☒ หญิง  
เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ  
สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ สมรสแยกกันอยู่ ☒ หย่าร้าง ☐ ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน ☐ หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

2.2 กรณีเด็ก

ใส่เมื่อมีเด็กในครอบครัว

คำนำหน้าชื่อ (ด.ช./ค.ญ./นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....) ชื่อ สมชาย นามสกุล มีสุข  
เลขที่บัตรประชาชน 1 3 4 9 9 8 8 8 0 0 1 1 1 กรณีไม่มีเนื่องจาก.....  
วัน/เดือน/ปีเกิด 9 กันยายน 2550 อายุ 13 ปี เพศ ☒ ชาย ☐ หญิง  
เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ

กรณีเด็ก กรอกข้อมูลเพิ่มเติม ดังนี้

บิดา ชื่อ นายสมหวัง นามสกุล มีสุข วัน/เดือน/ปีเกิด 2 กุมภาพันธ์ 2530 อายุ 34 ปี  
มารดา ชื่อ นางสมใจ นามสกุล ขมจันทร์ วัน/เดือน/ปีเกิด 3 มีนาคม 2532 อายุ 32 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

กาเครื่องหมายถูกตามสภาพปัญหา

## 6. สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

กาเครื่องหมายถูกตามสภาพปัญหาที่พบ

### 6.1 ด้านที่อยู่อาศัย

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

### 6.2 ด้านสุขภาพอนามัย

- ☐ ติดเชื้อเอดส์ (HIV)/ ป่วยด้วยโรคเอดส์
- ☐ ป่วยเป็นโรคร้ายแรง
- ☐ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน
- ☐ ผู้ป่วยทางจิต
- ☐ หงสลิขรภาพ
- ☐ ได้รับผลกระทบจากเชื้อเอดส์/ป่วยด้วยโรคเอดส์
- ☐ เจ็บป่วยเรื้อรัง
- ☐ ขาดแคลนกายอุปกรณ์/ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ
- ☐ ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ☐ ดิดยาเสพติด
- ☐ โรคซึมเศร้า
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....

### 6.3 ด้านการศึกษา

- ☐ ขาดโอกาสทางการศึกษา
- ☒ ไม่มีทุนการศึกษา

### 6.4 ด้านการมีงานทำ และมีรายได้

- ☐ ขอลาน
- ☐ ถูกเลิกจ้าง/ว่างงาน
- ☒ ไม่มีการออม
- ☐ ไม่มีรายได้
- ☐ ไม่มีที่ดินทำกิน
- ☒ ขาดทักษะในการประกอบอาชีพ
- ☐ ถูกนายจ้างเอารัดเอาเปรียบ
- ☐ ไม่มีงานทำ
- ☐ ไม่มีอาชีพ
- ☒ รายได้ไม่แน่นอน
- ☒ รายได้ไม่พอใช้จ่าย
- ☒ มีหนี้สิน
- ☒ ไม่มีทุนประกอบอาชีพ
- ☒ ยากจน/ไร้ที่พึ่ง
- ☐ 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

กาเครื่องหมายถูกตามสภาพปัญหา

## 6. สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

กาเครื่องหมายถูกตามสภาพปัญหาที่พบ

### 6.1 ด้านที่อยู่อาศัย

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

### 6.2 ด้านสุขภาพอนามัย

- ☐ ติดเชื้อเอดส์ (HIV)/ ป่วยด้วยโรคเอดส์
- ☐ ป่วยเป็นโรคร้ายแรง
- ☐ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน
- ☐ ผู้ป่วยทางจิต
- ☐ หงสลิขรภาพ
- ☐ ได้รับผลกระทบจากเชื้อเอดส์/ป่วยด้วยโรคเอดส์
- ☐ เจ็บป่วยเรื้อรัง
- ☐ ขาดแคลนกายอุปกรณ์/ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ
- ☐ ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ☐ ดิดยาเสพติด
- ☐ โรคซึมเศร้า
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....

### 6.3 ด้านการศึกษา

- ☐ ขาดโอกาสทางการศึกษา
- ☒ ไม่มีทุนการศึกษา

### 6.4 ด้านการมีงานทำ และมีรายได้

- ☐ ขอลาน
- ☐ ถูกเลิกจ้าง/ว่างงาน
- ☒ ไม่มีการออม
- ☐ ไม่มีรายได้
- ☐ ไม่มีที่ดินทำกิน
- ☒ ขาดทักษะในการประกอบอาชีพ
- ☐ ถูกนายจ้างเอารัดเอาเปรียบ
- ☐ ไม่มีงานทำ
- ☐ ไม่มีอาชีพ
- ☒ รายได้ไม่แน่นอน
- ☒ รายได้ไม่พอใช้จ่าย
- ☒ มีหนี้สิน
- ☒ ไม่มีทุนประกอบอาชีพ
- ☒ ยากจน/ไร้ที่พึ่ง
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....

### 6.5 ด้านครอบครัว

- |                                                                                                                   |                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> กำพรว                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> ครอบครัวแตกแยก/พ่อแม่แยกทาง                |
| <input type="checkbox"/> ครอบครัวอุปถัมภ์                                                                         | <input type="checkbox"/> ได้รับการเลี้ยงดูไม่เหมาะสม                           |
| <input type="checkbox"/> ได้รับผลกระทบจากการที่คนในครอบครัวต้องโทษจำคุก                                           | <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> ครอบครัวมีหนี้สิน                          |
| <input type="checkbox"/> ครอบครัวมีภาระเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (อาทิ เด็กคนพิการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดยาเสพติด) | <input checked="" type="checkbox"/> ครอบครัวยากจน                              |
| <input checked="" type="checkbox"/> ผู้อุปการะมีฐานะยากจน/ขาดแคลน                                                 |                                                                                |

### 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"/> ถูกบังคับให้ประพฤติดังกฎหมาย          |                                                           |

### 6.8 ด้านการเข้าถึงสิทธิและความเป็นธรรมในสังคม

- ☐ ไม่มีค่าพาหนะเดินทางกลับภูมิลำเนา
- ☐ ไม่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐ
- ☐ ยังไม่ยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ
- ☐ ไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎร
- ☐ ขอบุตรบุญธรรม
- ☐ การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมระหว่างเพศ
- ☐ ถูกรังแกเหยียดหยาม
- ☐ เคยต้องโทษ/ประสบปัญหาการใช้ชีวิตในสังคม
- ☐ ถูกละเมิดทางเพศ
- ☐ ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความรุนแรงทางการเมือง
- ☐ ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบชายแดนภาคใต้
- ☐ ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติภัยแล้ง/ภัยหนาว/วาตภัย/อุทกภัย/อัคคีภัย/แผ่นดินไหว
- ☐ ได้รับผลกระทบจากมลภาวะ/สภาพแวดล้อม

กาเครื่องหมายถูกตามสภาพปัญหาที่ค้นพบ

### 6.9 ด้านสภาพปัญหาสังคมอื่นๆ

- ☐ ประพฤติตนไม่เหมาะสม
- ☐ เสี่ยงต่อการกระทำผิด
- ☐ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนหรือการปรับตัวที่เหมาะสม
- ☐ การอพยพ/หลบหนีเข้าเมือง

☒ อื่นๆ ระบุ... **ได้รับผลกระทบจากโรคระบาดโควิด-19**

## 7. เรื่องขอรับความช่วยเหลือที่ต้องการ

### 7.1 ด้านเงิน (ใส่จำนวนเงินด้วย)

| กาเครื่องหมายถูกในช่องที่ต้องการ<br>การขอความช่วยเหลือ<br>เพื่อเสนอคณะกรรมการพิจารณา                                                                                            |  | บัญชีท้ายระเบียบลำดับที่ |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1,000 ค่าเลี้ยงดู ค่าพาหนะ สำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน                                                                             |  | 1                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1,000 เกี่ยวกับการศึกษาสำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน                                                                                 |  | 1                        |
| <input type="checkbox"/> ..... เงินทุนประกอบอาชีพ สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน                                                                               |  | 1                        |
| <input type="checkbox"/> ..... ค่ารักษาพยาบาล สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน                                                                                   |  | 1                        |
| <input type="checkbox"/> ..... ค่ากายอุปกรณ์แก่เด็กพิการและทุพพลภาพ                                                                                                             |  | 1                        |
| <input type="checkbox"/> ..... อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยป้องกันและแก้ไขความพิการของเด็ก                                                                                         |  | 1                        |
| <input type="checkbox"/> ..... ค่าใช้จ่ายในการส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม                                                                                   |  | 2                        |
| <input type="checkbox"/> ..... ค่าอาหารระหว่างรอรับการสงเคราะห์ และระหว่างเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิม                                                                              |  | 2                        |
| <input type="checkbox"/> ..... ค่าพาหนะส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม                                                                                          |  | 2                        |
| <input type="checkbox"/> ..... ค่าเช่าที่พักของผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม                                                                                        |  | 2                        |
| <input type="checkbox"/> ..... ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระหว่างรอรับการสงเคราะห์<br>ระหว่างการเดินทางเพื่อรับการสงเคราะห์หรือกลับภูมิลำเนาเดิม                                |  | 2                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1,000 เงินอุดหนุนเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน                                                                             |  | 3                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1,000 ค่าเครื่องอุปโภคบริโภค                                                                                                                |  | 4,5,6,9,11               |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1,000 ค่าใช้จ่ายในการครองชีพตามความจำเป็น                                                                                                   |  | 4,5,6,9,11               |
| <input type="checkbox"/> ..... ค่ารักษาพยาบาล เช่น ค่ายา ค่าอุปกรณ์การรักษา ค่าอาหารที่โรงพยาบาลหรือ<br>สถานพยาบาลของทางราชการรวมถึงค่าพาหนะ ค่าอาหาร ระหว่างติดต่อกับโรงพยาบาล |  | 4,5,6,9,11               |
| <input checked="" type="checkbox"/> 2,000 ค่าซ่อมแซมที่อยู่อาศัย                                                                                                                |  | 4,5,6,9,11               |
| <input checked="" type="checkbox"/> 2,000 เงินทุนประกอบอาชีพ                                                                                                                    |  | 9,10,11                  |
| <input type="checkbox"/> ..... เงินทุนประกอบอาชีพ รวมถึงการรวมกลุ่ม                                                                                                             |  | 4,5,6                    |
| <input type="checkbox"/> ..... ค่าอาหาร                                                                                                                                         |  | 7                        |
| <input type="checkbox"/> ..... ค่าเครื่องนุ่งห่ม                                                                                                                                |  | 7                        |
| <input type="checkbox"/> ..... ค่าพาหนะเดินทาง ค่าอาหาร ค่าเครื่องนุ่งห่ม หรือค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้น                                                                           |  | 7                        |
| <input type="checkbox"/> ..... แก่ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง                                                              |  | 8                        |
| <input type="checkbox"/> ..... เงินทุนประกอบอาชีพแก่สตรีที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว                                                               |  | 10                       |
| <input type="checkbox"/> ..... ค่าวัสดุที่หักชั่วคราว                                                                                                                           |  | 11                       |
| <input type="checkbox"/> ..... อื่นๆ ระบุ .....                                                                                                                                 |  | 1-11                     |

### 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 และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุ  
กับครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย
- ☐ ..... ส่งกลับภูมิลำเนาเดิม
- ☐ ..... อื่นๆ ระบุ .....

## 8. สวัสดิการที่เคยได้รับ

☐ 1. ไม่เคย

☒ 2. เคย อะไรบ้างในปีงบประมาณนี้ จำนวน **42** ครั้ง รวมเป็นเงิน **25,200** บาท ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 2.1 เงินสงเคราะห์

☐ 2.2 เงินทุนประกอบอาชีพ

☒ 2.3 เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

☐ 2.4 เบี้ยความพิการ

☐ 2.5 เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

☒ 2.6 สวัสดิการที่ได้จากการลงทะเบียนโครงการเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (300 บาท)

☐ 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 **นางสมปรารถนา มีสุข** ผู้ขอรับความช่วยเหลือ

( **นาง สมปรารถนา มีสุข** )

ลงวันที่ **29 เมษายน 2564**

ลงชื่อ **กุลธิดา** เจ้าหน้าที่รับคำขอ

( **นางสาว กุลธิดา ยงเพชร** )

ลงวันที่ **29 เมษายน 2564**



ผู้ขอรับความช่วยเหลือตามข้อ 1  
ในหน้าที่ 1



เจ้าหน้าที่พัฒนาสังคม / กำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน  
อพม. / นักสังคมสงเคราะห์

กรณีพิมพ์ลายพิมพ์นิ้วมือ ให้รับรองลายพิมพ์ด้วยข้อความต่อไปนี้

ขอรับรองว่าเป็นลายพิมพ์นิ้วโป้งขวาของ

...นางสมปรารถนา มีสุข.....จริง

ลงชื่อ.....กุลธิดา.....ผู้รับรอง

(นางสาวกุลธิดา ยงเพชร)

ตำแหน่ง.....อพม.....

ลงชื่อ.....บุญรัตน์.....พยาน(นักพัฒนาชุมชน)

ลงชื่อ.....วิภารัตน์.....พยาน(ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน)

## ผลการเยี่ยมบ้าน

### ตรวจเยี่ยม

เจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยม ชื่อ - สกุล นางสาวกุลธิดา ยงเพชร ตำแหน่ง อพม.ตำบลในเมือง

หน่วยงาน อพม.ตำบลในเมือง อ.เมืองอุบลราชธานี จ.อุบลราชธานี

ชื่อ - สกุล ของผู้ประสบปัญหาทางสังคม นางสมปรารถนา มีสุข

บ้านเลขที่ 100 ม.4 ต.ในเมือง อ.เมืองอุบลราชธานี

### สภาพที่อยู่อาศัย

บ้านปูนชั้นเดียว 1 ห้องนอน มีห้องน้ำในตัวบ้าน ขนาดเล็ก สภาพโดยรวมไม่มั่นคงปลอดภัย หน้าต่างแตกไม่ได้ซ่อม 2 จุด ประตูไม้เก่าไม่หนาแน่น ตั้งอยู่ทางไกลชุมชนระยะทางประมาณ 500 เมตร ไม่มีรั้วล้อมรอบ อาศัยอยู่ด้วยกัน 3 คน ประกอบด้วย นางสมปรารถนา และหลานที่กำลังศึกษา 2 คน หลานพ่อแม่ทอดทิ้ง ไม่มีคนส่งเสียค่าใช้จ่าย ครอบครัวมีรายได้จากการทำงานของนางสมปรารถนาด้วยการรับจ้างล้างจานในอาหารวันละ 200 บาท แล้วแต่นายจ้างจะจ้าง และเบี้ยผู้สูงอายุ

### สภาพปัญหาความเดือดร้อน

นางสมปรารถนาได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการทำงานรับจ้างในร้านอาหาร โดยได้สัมผัสกับผู้ป่วยติดเชื้อโดยตรง ซึ่งเป็นลูกค้าภายในร้าน ทำให้ต้องรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เป็นเหตุให้หลาน 2 คนต้องอาศัยอยู่บ้านตามลำพัง ไม่มีผู้ปกครองดูแล และไม่มีเงินสำหรับซื้ออาหาร เนื่องด้วยนางสมปรารถนาเป็นพนักงานเพียงคนเดียว มีเพื่อนบ้านที่นำอาหารและอาหารแห้งมาให้เป็นบางครั้ง แต่ยังไม่เงินสำหรับใช้จ่ายในครอบครัว

### ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมบ้าน

เห็นควรช่วยได้รับการช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในการครองชีพ เนื่องจากครอบครัวขาดแคลนเงินในการใช้จ่ายสำหรับซื้ออาหาร เพื่อเป็นการบรรเทาความเดือดร้อนของครอบครัวในเบื้องต้น

ลงชื่อ กุลธิดา ผู้เยี่ยมบ้าน

( นางสาวกุลธิดา ยงเพชร )

ตำแหน่ง อพม.ตำบลในเมือง

ลงวันที่ 29 เมษายน 2564 (ว.ด.ป.ที่เยี่ยมบ้าน)

หมายเหตุ : ผู้เยี่ยมบ้าน หมายถึง เจ้าหน้าที่กระทรวง พม.หรือเจ้าหน้าที่หน่วยบริการในพื้นที่หรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายหรือได้รับคำขออนุญาต 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

**ไม่ต้องทำ เฉพาะนักสังคมสงเคราะห์ พม.**

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.....

.....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.....                                                 |                                                                |                                          |

**ไม่ต้องทำ เฉพาะนักสังคมสงเคราะห์**

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. ....

เลขที่.....

แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ  
KTB Corporate Online

ใช้บัญชีธนาคารใดก็ได้

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานี

ข้าพเจ้า **นางสมปรารถนา มีสุข** .....ตำแหน่ง.....

เลขประจำตัวประชาชน **2 2 9 4 4 5 5 6 5 0 2 3 9**

สำนัก/กอง/ศูนย์.....สังกัด.....

อยู่บ้านเลขที่ **100** หมู่ที่ **4** ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง **ในเมือง**

อำเภอ/เขต.....**เมืองอุบลราชธานี** จังหวัด.....อุบลราชธานี.....รหัสไปรษณีย์ **34000**

ขอรับเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารมาเพื่อเป็นหลักฐานด้วยแล้ว

☐ กรณีเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ ที่สังกัดส่วนราชการผู้จ่าย

☐ เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ใช้สำหรับรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน

บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

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

☐ เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารอื่น

บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

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

☒ กรณีเป็นบุคคลภายนอก เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร **กรุงเทพ** .....สาขา.....**อุบลราชธานี**

ประเภท.....**ออมทรัพย์**.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....**393-3-00051-0**

และเมื่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานี โอนเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online แล้ว ให้ส่งข้อมูลการโอนเงินผ่านช่องทาง

☒ ข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ (SMS) ที่เบอร์โทรศัพท์.....**088-1980020**

☐ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ตาม e-mailaddress.....

หมายเหตุ !!!!!

หากผู้ประสบปัญหาไม่สามารถเขียนได้ ให้พิมพ์นิ้วโป้งขวา  
แล้วรับรองลายนิ้วมือด้วยข้อความต่อไปนี้

ขอรับรองว่าเป็นลายพิมพ์นิ้วมือขวาของ

...นางสมปรารถนา มีสุข...จริง

ลงชื่อ.....กุลธิดา.....ผู้รับรอง

(...นางสาวกุลธิดา ยงเพชร...)

ตำแหน่ง .....อพม.....

ลงชื่อ.....บุญรัตน์.....พยาน (นักพัฒนาชุมชน)

ลงชื่อ.....วิภารณ์.....พยาน (ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน)

ลงชื่อ.....**นางสมปรารถนา มีสุข**.....ผู้มีสิทธิรับเงิน

(.....**นางสมปรารถนา มีสุข**.....)

เอกสารประกอบ

1.สำเนาหน้าสมุดบัญชี

2.สำเนาสำเนาทะเบียนบ้าน (ทุกคนที่อาศัยอยู่จริง)

3.สำเนาบัตรประชาชน(ทุกคนที่อาศัยอยู่จริง)

4.ภาพถ่ายสภาพบ้านและสมาชิกในครอบครัว

หมายเหตุ : เลขที่ของแบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online ให้ระบุหมายเลข  
กำกับเรียงกันไปทุกฉบับ เพื่อประโยชน์ในการจัดทำทะเบียนคุมการโอนเงิน