

พ.ศ. ๒๕๖๘



องค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม
เลขที่รับ 38
วันที่ 7. ม.ค. ๖8
เวลา 13.52 น.

ที่ สฎ ๐๐๒๓.๓/ว ๖๓

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
จังหวัดสุราษฎร์ธานี
ศาลากลางจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ถนนคอนนิก อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี
สฎ ๘๔๐๐๐

๗ มกราคม ๒๕๖๘

เรื่อง การดำเนินงานช่วยเหลือเงินสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและผู้ไร้ที่พึ่ง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘
เรียน ท้องถิ่นอำเภอ ทุกอำเภอ (ยกเว้นอำเภอเกาะสมุย) นายกองคการบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี
นายกเทศมนตรี และนายกองคการบริหารส่วนตำบล ทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี
ที่ สฎ ๐๐๐๕/๗๒๘๕ ลงวันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๗ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
จังหวัดสุราษฎร์ธานีแจ้งว่า ระเบียบกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ว่าด้วยการสงเคราะห์ครอบครัวผู้มีรายได้น้อย
และผู้ไร้ที่พึ่ง พ.ศ. ๒๕๕๒ ข้อ ๖ ระบุว่า การสงเคราะห์ให้ดำเนินการตามหลักการสังคมสงเคราะห์ โดยเลือก
วิธีการที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ยื่นคำร้องแต่ละราย ทั้งนี้ ให้นักสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ซึ่งอธิบดี
มอบหมาย เป็นผู้ดำเนินการศึกษาพิจารณา วินิจฉัยปัญหา และติดตามผล กับให้เรียกหลักฐานต่าง ๆ ได้แก่
ใบมรณบัตร หรือสำเนาทะเบียนบ้าน หรือใบรับรองแพทย์ หรือหนังสือรับรองจากเรือนจำ หรือผู้กำกับการ
สถานีตำรวจในพื้นที่ หรือเอกสารอื่นใดอย่างหนึ่งมาเพื่อประกอบการพิจารณาและเสนอความเห็นเพื่ออนุมัติ

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดสุราษฎร์ธานีพิจารณาแล้ว จึงขอให้องค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่นประชาสัมพันธ์แบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม เพื่อให้การ
ช่วยเหลือประชาชนตามระเบียบกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ว่าด้วยการสงเคราะห์ครอบครัวผู้มีรายได้น้อย
และผู้ไร้ที่พึ่ง พ.ศ. ๒๕๕๒ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป สำหรับท้องถิ่นอำเภอเพื่อทราบและประสานงาน

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวโสพิศ แดมจันทร์)

นักส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นชำนาญการพิเศษ รักษาการแทน
ท้องถิ่นจังหวัดสุราษฎร์ธานี

กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น
โทร/โทรสาร ๐-๗๗๒๗-๒๒๑๘

สภากา
1



2495/๒

๑๑

๒ มี.ค. ๒๕๖๗

สำนักงานส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น
จังหวัดสุราษฎร์ธานี
เลขที่ 4293
วันที่ ๒๗ มี.ค. ๒๕๖๗ เวลา

ที่ สฎ ๐๐๐๕/ ๓/๒๕๖๕

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคง
ของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๓๙/๗
หมู่ที่ ๙ ต.ขุนทะเล อ.เมืองฯ สฎ ๘๔๑๐๐

๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๗

เรื่อง การดำเนินงานช่วยเหลือเงินสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและผู้ไร้ที่พึ่ง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

เรียน ท้องถิ่นจังหวัดสุราษฎร์ธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม จำนวน ๑ ชุด

ด้วย ระเบียบกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ว่าด้วยการสงเคราะห์ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยและผู้ไร้ที่พึ่ง พ.ศ. ๒๕๕๒ ข้อ ๖ ระบุว่า การสงเคราะห์ให้ดำเนินการตามหลักการสังคมสงเคราะห์ โดยเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ยื่นคำร้องแต่ละราย ทั้งนี้ ให้นักสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ซึ่งอธิบดีมอบหมาย เป็นผู้ดำเนินการศึกษาพิจารณา วินิจฉัยปัญหา และติดตามผล กับให้เรียกหลักฐานต่างๆ ได้แก่ ใบมรณบัตร หรือสำเนาทะเบียนบ้าน หรือใบรับรองแพทย์ หรือหนังสือรับรองจากเรือนจำ หรือผู้กำกับการสถานีตำรวจในพื้นที่ หรือเอกสารอื่นใดอย่างหนึ่งมาเพื่อประกอบการพิจารณาและเสนอความเห็นเพื่ออนุมัติ

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี ขอความกรุณาท่านประชาสัมพันธ์แบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย แจ่งไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อให้การช่วยเหลือประชาชนตามระเบียบกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ว่าด้วยการสงเคราะห์ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยและผู้ไร้ที่พึ่ง พ.ศ. ๒๕๕๒

จึงเรียนมาเพื่อทราบและขอขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางปุนณิก ชื่นสุวรรณ)

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

กลุ่มการพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

โทรศัพท์/โทรสาร ๐ ๗๗๓๕ ๕๐๘๐ ๑

แบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม

กรณีเงินอุดหนุน

เงินสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและผู้ไร้ที่พึ่ง

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘



เอกสารแนบ

๑. เอกสารผู้ประสบปัญหาทางสังคม / หัวหน้าครอบครัว (อายุ ๑๘ ปี ขึ้นไป)

- ๑.๑) สำเนาบัตรประจำตัวบัตรประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ (ต้องไม่หมดอายุ)
- ๑.๒) สำเนาทะเบียนบ้าน (พื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี) จำนวน ๑ ฉบับ
- ๑.๓) สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร จำนวน ๑ ฉบับ (ระบุชื่อผู้ประสบปัญหาทางสังคมเท่านั้น) ห้ามใช้บัญชีเพื่อ/โดย

หมายเหตุ

ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาด้วยตนเองทุกฉบับให้เหมือนต้นทุกฉบับ กรณีประทับกลางนิ้วมือนอกไม่สามารถเขียนได้

๒. ตัวอย่างการเขียนสภาพปัญหา

....ผู้ยื่นคำร้องเป็นหัวหน้าครอบครัว อาศัยอยู่กับ.....ประกอบอาชีพ.....มีรายได้เดือนละ.....มี
 หนี้สิน.....ผ่อนจ่ายเดือนละ.....ค่าน้ำ.....ค่าไฟ.....ประสบปัญหา.....

มี/ไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ.....สวัสดิการด้านอื่นๆได้รับอะไรบ้าง.....ปัจจุบันรายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ

๓. irth ผู้ประสบปัญหาทางสังคมลงลายมือชื่อ ดังนี้

- ๓.๑) แบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม หน้า 6 (ผู้ขอรับความช่วยเหลือ)
- ๓.๒) แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online (ผู้มีสิทธิรับเงิน)
- ๓.๓) บอกรหัส และตั้งความยินยอม (Consent Form)
- ๓.๔) แบบรับรองข้อมูลส่วนบุคคล (ผู้ขอรับความช่วยเหลือ)
- ๓.๕) แบบฟอร์มแจ้งการขอความช่วยเหลือด้านเงินยืม (ผู้ขอรับเงินสงเคราะห์)

โดยผู้ประสบปัญหาทางสังคมลงลายมือชื่อให้เหมือนกัน ดังเอกสารแนบ ตามข้อ ๑.

นาย..... อายุ ปี

ลงทะเบียนสอบข้อเท็จจริง วันที่

ณ บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัดสุราษฎร์ธานี



ภาพหน้าตรงถือบัตรประชาชน

ภาพตอนเซ็นเอกสาร



ภาพภายในบ้าน

ภาพภายนอกบ้าน



ภาพสมาชิกในครอบครัว

ภาพสภาพปัญหา



ภาพตอนเจ้าหน้าที่นั่งสอบข้อเท็จจริง

ภาพรวมเจ้าหน้าที่,ผู้ขอยื่นถ่ายหน้าบ้าน

เจ้าหน้าที่และเครือข่ายลงเยี่ยม

สมาชิกในครอบครัว

๑ ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง..... หน่วยงาน..... เบอร์โทรศัพท์.....
๒.

๑. นางสาว..... อายุ ปี (มารดา) รับจ้าง

๒. นาง..... อายุ ปี (น้องสาว) ว่างาน

หมายเหตุ ภาพถ่ายข้างต้นได้รับการอนุญาตจากผู้ยื่นคำร้องแล้ว พร้อมทั้งลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม เพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูล/หลักฐาน
แบบการให้การช่วยเหลือ

ข้อมูลหลักที่ควรสอบถามเพื่อนำมาเขียนสภาพปัญหา

๑. ชื่อ - สกุล และ เบอร์โทรศัพท์ (ผู้ประสบปัญหาครอบครัวผู้มีรายได้น้อยที่ประสบความเดือนร้อน เพราะเหตุหัวหน้าครอบครัวตาย ทอดทิ้ง สาบสูญ หรือต้องโทษจำคุก เจ็บป่วยร้ายแรง หรือพิการจนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ประสบสภาวะยากลำบากในการดำรงชีพไม่สามารถดูแลครอบครัวได้)

๒. แหล่งที่มาของข้อมูล (เช่น สํารวจ/wiak in/รับจากหน่วยงาน...)

๓. สิทธิสวัสดิการที่เคยได้รับ....

๔. จำนวนสมาชิกในครอบครัว (ผู้ใหญ่ เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ)มีใครบ้าง.....

๕. อาชีพและรายได้ (รายได้รวมสวัสดิการแห่งรัฐ, เบี้ยยังชีพต่างๆ)

๖. รายจ่ายและภาระหนี้สิน ในระบบ/นอกระบบจำนวน.....

๗. โรคประจำตัว (พบแพทย์ที่ไหน เดือนละกี่ครั้ง เดินทางอย่างไร ค่าใช้จ่าย)

๘. สมาชิกในครอบครัว และอาชีพรายได้ (หากมีคนพิการสอบถามว่าพิการประเภท

ใด มีบัตร/ไม่มีบัตร) /มีคนเจ็บป่วยเรื้อรังไหม/มีผู้สูงอายุไหม

๙. ที่ดินเป็นของตนเองไหม/บ้านเป็นของตนเองไหม/บ้านเช่ารถตุ๊กโทรมไหม/บ้านเช่าเดือนละ

๑๐. สภาพความเดือดร้อน.....

๑๑. เป็นพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยวไหม/มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยวไหม...(ชื่อ).....

๑๒. มีคนอายุ ๑๘ - ๕๙ ปี ว่างานไหม (ชื่อ).....

๑๓. มีคนเจ็บป่วยเรื้อรังไหม (ชื่อ).....

๑๔. มีเด็กแรกเกิด - อายุ ๑๘ ปี ไหม (ชื่อ).....

หมายเหตุ.....เอกสารแนบต้องถ่ายเอกสารจากฉบับจริง ห้าม ถ่ายภาพแล้วนำมาปรีน หรือที่

นำสำเนาที่มีการรับรองสำเนาแล้วมาถ่ายซ้ำ

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ยื่นฯ (ลงชื่อรับรองสำเนาให้เหมือนกับแบบสอบถามที่จริง)

๒. สำเนาทะเบียนบ้านผู้ยื่นฯ (ลงชื่อรับรองสำเนาให้เหมือนกับแบบสอบถามที่จริง)

๓. หน้าบัญชีผู้ยื่นฯ เท่านั้นห้ามใช้บัญชีเพื่อ/โดย/หรือ (กรณีผู้พิการ/ไม่สามารถไม่เบิกได้ด้วยตนเองให้ผู้ดูแลคนขอยื่นฯ (ลงชื่อรับรองสำเนาให้เหมือนกับแบบสอบถามที่จริง)

***หากดำเนินการเรียบร้อยแล้วสามารถส่งเอกสารพร้อมหนังสือส่งมายังศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อพิจารณาให้การช่วยเหลือต่อไป

5. ประเภทผู้ขอรับบริการ

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

6. สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

6.1 ความที่อยู่อาศัย

- ไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย
- ไม่มีที่อยู่อาศัย
- สภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมต่อการพักอาศัย
- เร่ร่อน

6.2 ด้านสุขภาพอนามัย

- ติดเชื้อเอดส์ (HIV)/ ป่วยด้วยโรคเอดส์
- ป่วยเป็นโรคร้ายแรง
- ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน
- ผู้ป่วยทางจิต
- หลงลืมขราภาพ
- ได้รับผลกระทบจากเชื้อเอดส์/ป่วยด้วยโรคเอดส์
- เจ็บป่วยเรื้อรัง
- ขาดแคลนกายอุปกรณ์/ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ
- ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ดิทยาเสพติด
- โรคซึมเศร้า
- อื่นๆ ระบุ.....

6.3 ด้านการศึกษา

- ขาดโอกาสทางการศึกษา
- ไม่มีทุนการศึกษา

6.4 ด้านการมีงานทำ และมีรายได้

- ขาดโอกาสในการประกอบอาชีพ
- รายได้ไม่พอใช้จ่าย
- ถูกเลิกจ้าง/ว่างงาน
- ถูกนายจ้างเอาเปรียบ
- 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 พ่อแม่ที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง/พ่อเลี้ยงเดี่ยว
- แม่แม่ที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง/แม่เลี้ยงเดี่ยว ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน
- ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางคืน ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้
- ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านร่างกาย ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านจิตใจ
- ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านเพศ ครอบครัวมีหนี้สิน
- ครอบครัวมีภาระเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (อาทิ เด็กคนพิการ ผู้ติดเชื่อเอดส์ ผู้ติดยาเสพติด)
- ผู้อุปการะมีฐานะยากจน/ขาดแคลน ครอบครัวยากจน

6.6 ด้านความรุนแรงในครอบครัว/สังคม

- เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น ทารุณกรรมทางร่างกาย
- ทารุณกรรมทางจิตใจ ทารุณกรรมทางเพศ

6.7 ด้านการเป็นผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์

- ตกเป็นเครื่องมือแสวงหาผลประโยชน์อื่นๆ ถูกทารุณกรรม/กักขัง/หน่วงเหนี่ยว
- ถูกบังคับขู่ขทาน ถูกบังคับค้าประเวณี
- ถูกล่อลวง ถูกแสวงหาประโยชน์ทางเพศ
- เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น ถูกบังคับใช้แรงงาน
- ถูกบังคับให้ประพฤติดีกกฎหมาย

6.8 ด้านการเข้าถึงสิทธิและความเป็นธรรมในสังคม

- ไม่มีคำหาโทษเดินทางกลับภูมิลำเนา
- ไม่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐ
- ยังไม่มียื่นคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ
- 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	
7.1 ด้านเงิน (ใส่จำนวนเงินด้วย) <input type="checkbox"/>ค่าเลี้ยงดู ค่าหาหนะ สำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน <input type="checkbox"/>เกี่ยวกับการศึกษาสำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน <input type="checkbox"/>เงินทุนประกอบอาชีพ สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน <input type="checkbox"/>ค่ารักษาพยาบาล สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน <input type="checkbox"/>ค่ากายอุปกรณ์แก่เด็กพิการและทุพพลภาพ <input type="checkbox"/>อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยป้องกันและแก้ไขความพิการของเด็ก <input type="checkbox"/>ค่าใช้จ่ายในการส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม <input type="checkbox"/>ค่าอาหารระหว่างรอรับการสงเคราะห์ และระหว่างเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิม	บัญชีท้ายระเบียบมูลค่าับที่ 1 1 1 1 1 1
<input type="checkbox"/>ค่าพาหนะส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม <input type="checkbox"/>ค่าเช่าที่พักของผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม <input type="checkbox"/>ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระหว่างรอรับการสงเคราะห์ ระหว่างการเดินทางเพื่อรับการสงเคราะห์หรือกลับภูมิลำเนาเดิม <input type="checkbox"/>เงินอุดหนุนเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน <input type="checkbox"/>ค่าเครื่องอุปโภคบริโภค <input type="checkbox"/>ค่าใช้จ่ายในการครองชีพตามความจำเป็น <input type="checkbox"/>ค่ารักษาพยาบาล เช่น ค่ายา ค่าอุปกรณ์การรักษา ค่าอาหารที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของทางราชการรวมถึงค่าพาหนะ ค่าอาหาร ระหว่างติดต่อกับรักษาพยาบาล <input type="checkbox"/>ค่าซ่อมแซมที่อยู่อาศัย <input type="checkbox"/>เงินทุนประกอบอาชีพ <input type="checkbox"/>เงินทุนประกอบอาชีพ รวมถึงการรวมกลุ่ม <input type="checkbox"/>ค่าอาหาร <input type="checkbox"/>ค่าเครื่องนุ่งห่ม <input type="checkbox"/>ค่าพาหนะเดินทาง ค่าอาหาร ค่าเครื่องนุ่งห่ม หรือค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง <input type="checkbox"/>เงินทุนประกอบอาชีพแก่สตรีที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว <input type="checkbox"/>ค่าวัสดุที่หักชั่วคราว <input type="checkbox"/>อื่นๆ ระบุ	1 2 2 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 4,5,6,9,11 9,10,11
7.2 ด้านสิ่งของ (ใส่จำนวน ชนิด รายการ ของสิ่งของด้วย) <input type="checkbox"/> เครื่องอุปโภคและบริโภค เช่น มุ้ง ผ้าห่มนอน แป้ง นม <input type="checkbox"/> อุปกรณ์การศึกษา <input type="checkbox"/> อาหาร <input type="checkbox"/> เครื่องนุ่งห่ม <input type="checkbox"/> นมผงสำหรับเด็ก <input type="checkbox"/> ยารักษาโรค <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ	
7.3 ความช่วยเหลืออื่นๆ <input type="checkbox"/>ส่งไปทำกายภาพบำบัด <input type="checkbox"/> ส่งเข้ารับการรักษา/บำบัด <input type="checkbox"/> ติดตามหาญาติ <input type="checkbox"/>เข้ารับบริการในศูนย์บริการผู้สูงอายุ หรืออยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์คนชรา หรือสถานที่อื่นที่เหมาะสม <input type="checkbox"/>แยกผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรมไปพักอาศัยในสถานที่อื่นซึ่งมีความปลอดภัย <input type="checkbox"/>นำผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพกาย สุขภาพจิต <input type="checkbox"/>แจ้งความต่อพนักงานสอบสวนเพื่อดำเนินคดีต่อผู้กระทำความผิดทารุณกรรม <input type="checkbox"/>ให้คำแนะนำแก่ครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอยู่ด้วย เพื่อทำความเข้าใจให้สามารถดูแลผู้สูงอายุมิให้ถูกทารุณกรรมอีก <input type="checkbox"/>ให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับคดีและเรื่องสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ <input type="checkbox"/>ให้การฟื้นฟูสภาพร่างกาย สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ฝึกกลับไปสู่สภาวะปกติ และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย <input type="checkbox"/>ส่งกลับภูมิลำเนาเดิม <input type="checkbox"/>อื่นๆ ระบุ	

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

(.....)

ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับคำขอ

(.....)

ลงวันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมบ้าน เท่านั้น

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 (อพนม.)

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.....

.....

สำหรับกรณี การส่งผู้ให้บริการกลับภูมิลำเนา

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.

เลขที่.....

แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ
KTB Corporate Online

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

เลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

สำนัก/กอง/ศูนย์.....สังกัดกรม.....กระทรวง.....

อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ขอรับเงินสวัสดิการ ค่าตอบแทน และเงินยืมราชการผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แนบ
สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารมาเพื่อเป็นหลักฐานด้วยแล้ว

- กรณีเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ ของหน่วยงาน เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่
ใช้สำหรับรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน
บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....ประเภท.....
เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....
- กรณีเป็นบุคคลภายนอก เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

และเมื่อกองคลังโอนเงินสวัสดิการ ค่าตอบแทน และเงินยืมราชการผ่านระบบ KTB Corporate Online แล้ว
ให้ส่งข้อมูลการโอนเงินผ่านช่องทาง

- ข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ (SMS) ที่เบอร์โทรศัพท์.....
- จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ตาม e-mail address.....

ลงชื่อ.....ผู้มีสิทธิรับเงิน

(.....)

เอกสารแสดงความยินยอม (Consent Form)

วันที่ _____

ชื่อผู้ให้บริการ _____

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว _____

“ให้” ความยินยอม

“ไม่ให้” ความยินยอม

ในการให้ ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัดสุราษฎร์ธานี กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ดำเนินการ จัดเก็บ รวบรวม เก็บรักษา ใช้หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อใช้ในกิจการของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และหน่วยงานในสังกัด

ก่อนการแสดงเจตนา ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารแสดงความยินยอม หรือได้รับคำอธิบาย จากเจ้าหน้าที่ ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัดสุราษฎร์ธานี กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้หรือเปิดเผย ประมวลผล ข้อมูลส่วนบุคคล และมีความเข้าใจดีแล้ว

ในการ “ให้ความยินยอม” หรือ “ไม่ให้ความยินยอม” ในเอกสารนี้ ข้าพเจ้าได้กระทำด้วยความ สมัครใจมิได้ถูกบังคับ ชูเชื้อหรือชักจูงใจจากผู้อื่น และข้าพเจ้าได้รับทราบแล้วว่า จะถอนความยินยอมนี้เมื่อใด ก็ได้ เว้นแต่ เป็นกรณีที่ถูกจำกัดสิทธิดังกล่าวตามกฎหมาย

ทั้งนี้ หากข้าพเจ้าได้ถอนความยินยอมแล้ว การถอนความยินยอมดังกล่าวไม่กระทบต่อการดำเนินการ ใด ๆ ที่ได้กระทำไปแล้วก่อนการถอนความยินยอม

ลงชื่อ.....

(.....)

แบบฟอร์มหลักเกณฑ์การช่วยเหลืออย่างมีเงื่อนไข
กรณีผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ
เพื่อวางแผนการพัฒนาคูณภาพชีวิต และใช้ประกอบการพิจารณาให้ความช่วยเหลือเป็นเงินสงเคราะห์ประเภทต่างๆ

ข้าพเจ้า (ชื่อ - สกุล).....อายุ.....ปี

เป็นผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ประเภท.....

ยินดีที่จะปฏิบัติตามแผนการพัฒนาคูณภาพชีวิตของตนเอง และครอบครัว ดังนี้
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องแผนการพัฒนาคูณภาพชีวิต ที่สามารถปฏิบัติได้

แผนการพัฒนาคูณภาพชีวิต	ปฏิบัติได้
ด้านสุขภาพร่างกาย และจิตใจ	
1. รักษาสุขภาพอนามัยของตนเอง และสมาชิกในครอบครัว โดย.....	
2. เข้ารับการรักษาอาการป่วยตามนัดหมาย	
3. สมาชิกในครอบครัวได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง	
4. อาการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวดีขึ้น โดยวัดจาก.....	
5. สมาชิกในครอบครัวลด/เลิก การดื่มสุรา เบียร์ และลด/เลิก การสูบบุหรี่	
6. อื่นๆ ตามแผนพัฒนาคูณภาพชีวิตครัวเรือนเปราะบาง	
ด้านความรับผิดชอบในครัวเรือน และสังคม	
7. สมาชิกในครอบครัวได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดย.....	
8. อื่นๆ ตามแผนพัฒนาคูณภาพชีวิตครัวเรือนเปราะบาง	
ด้านเศรษฐกิจ และอาชีพ	
9. เข้ารับการฝึกอาชีพจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามที่จัดให้	
10. มีแผนการประกอบอาชีพ โดย.....	
11. มีการจัดทำบัญชีครัวเรือน	
12. การใช้ที่ดินให้เกิดประโยชน์ (ถ้ามี) โดย.....	
13. อื่นๆ ตามแผนพัฒนาคูณภาพชีวิตครัวเรือนเปราะบาง	
ด้านที่อยู่อาศัย	
14. จัดทำประมาณการซ่อมแซมที่อยู่อาศัย	
15. รักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบ ทั้งภายในและบริเวณบ้าน	
16. อื่นๆ ตามแผนพัฒนาคูณภาพชีวิตครัวเรือนเปราะบาง	
แผนพัฒนาคูณภาพชีวิตครัวเรือนเปราะบาง ด้านอื่นๆ	
17.	
18.	

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงินสงเคราะห์
(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

หลักเกณฑ์การช่วยเหลือเงินสงเคราะห์ครอบครัว

ผู้มีรายได้น้อยที่ประสบความเดือดร้อนหรือผู้ไร้ที่พึ่ง

เพื่อประกอบการพิจารณาตามระเบียบกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ว่าด้วยการสงเคราะห์ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยและไร้ที่พึ่ง พ.ศ.2552

ชื่อ - สกุล (ผู้มีรายได้น้อยฯ).....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน.....

จำนวนสมาชิกในครอบครัว (รวมผู้มีรายได้น้อยฯ).....คน

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบ “ใช่” ที่ตรงกับความเป็นจริง

สภาพปัญหาความเดือดร้อน	ใช่
ด้านเศรษฐกิจ	
1. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้มีรายได้น้อยฯ ต่ำกว่า 3,000 บาท	
2. รายได้เฉลี่ยของคนในครอบครัวต่อปี (รวมรายได้ครัวเรือนหารด้วยจำนวนสมาชิกทั้งหมดจำนวน.....บาทต่อปี (ต่ำกว่า 100,000 บาท)	
3. ไม่มีรายได้ / ตกงาน /ว่างงาน	
4. มีหนี้สิน - ในระบบ จำนวน.....บาท / - นอกระบบ จำนวน.....บาท	
ด้านสุขภาพกายและจิตใจ	
5. เจ็บป่วย ระบุ.....	
ด้านภาระที่พึ่งในครอบครัว	
6. มีเด็กแรกเกิด - อายุ 18 ปี	
7. มีคนอายุ 18-59 ปี ว่างงาน	
8. มีคนพิการ / เจ็บป่วยเรื้อรัง	
9. มีผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	
10. เป็น/มีพ่อ-แม่เลี้ยงเดี่ยว	
11. มีบุคคลต้องโทษจำคุก / ถูกทอดทิ้ง / สาบสูญ	
ด้านที่อยู่อาศัย	
12. ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง (อาศัยผู้อื่นอยู่)	
13. อยู่บ้านเช่า จ่ายค่าเช่าเดือนละ.....บาท , ที่เช่า.....บาท/เดือน/ปี	
14. ขาดทรุดโทรมมาก/ไม่ปลอดภัย/ไม่มั่นคง/ไม่เหมาะสมต่อการพักอาศัย	
ด้านการเข้าถึงบริการรัฐ	
15. ไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ	
16. ไม่ได้รับสวัสดิการอื่นที่พึงได้รับ เช่น เบี้ยผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ เงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด ฯลฯ	
รวม.....ข้อ	

ความเห็นของผู้วินิจฉัย : ให้ความช่วยเหลือเฉพาะหน้า เป็นเงิน จำนวน.....บาท

ความคิดเห็นเพิ่มเติม.....

กลุ่มที่หนึ่ง มีความเดือดร้อนมากพิเศษ อยู่ระหว่าง 7 - 16 ข้อ
ให้ความช่วยเหลือเงินสงเคราะห์ จำนวน 3,000 บาท
กลุ่มที่สอง มีความเดือดร้อนมาก อยู่ระหว่าง 1 - 6 ข้อ
ให้ความช่วยเหลือเงินสงเคราะห์ จำนวน 2,000 บาท

ลงชื่อ.....ผู้วินิจฉัย

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

เอกสารอ้างอิง

ข้อมูลจากการดำเนินงานของเงินอุดหนุนปัจจัยพื้นฐานสำหรับนักเรียนยากจน กระทรวงศึกษาธิการ <https://cct.thaieduforalt.org/fyi.html>

ข้อมูลจากคุณสมบัติผู้รับบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ตามนโยบายรัฐบาล [https://www.3sb.or.th/Blogs/Financial/7WaysSavings-\(1\).aspx](https://www.3sb.or.th/Blogs/Financial/7WaysSavings-(1).aspx) <https://www.thaiquote.org/content/222536>

แบบฟอร์มการติดตามผลการให้ความช่วยเหลือ
 กรณีผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

ข้าพเจ้า (ชื่อ - สกุล).....อายุ.....ปี
 วัน/เดือน/ปี ที่รับเงินสงเคราะห์.....

เป็นผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ประเภท

เงินสงเคราะห์ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยและไร้ที่พึ่ง เงินสงเคราะห์ผู้ติดเชื่อเอดส์และครอบครัว

เงินสงเคราะห์ด้านทุนประกอบอาชีพแก่สตรีที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์

จำนวนเงินที่ได้รับ

1,000 บาท 2,000 บาท 3,000 บาท 5,000 บาท อื่นๆ (ระบุ).....

นำเงินที่ได้ไปใช้จ่ายด้าน

ค่ารักษาพยาบาล.....บาท ใช้จ่ายเพื่อการศึกษา.....บาท

ลงทุนประกอบอาชีพ.....บาท ซ่อมแซม/ปลูกสร้างที่อยู่อาศัย.....บาท

ชำระหนี้ในระบบ.....บาท ชำระหนี้นอกระบบ.....บาท

การปฏิบัติตามเงื่อนไขเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต

แผนการพัฒนาคุณภาพชีวิต

	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้
<input type="checkbox"/> 1. รักษาสุขภาพอนามัยของตนเอง และสมาชิกในครอบครัว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2. เข้ารับการรักษาอาการป่วยตามนัดหมาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3. สมาชิกในครอบครัวได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4. อาการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวดีขึ้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 5. สมาชิกในครอบครัวลด/เลิก การดื่มสุรา เบียร์และลด/เลิก การสูบบุหรี่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6. สมาชิกในครอบครัวได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 7. เข้ารับการฝึกอาชีพจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามที่จัดให้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 8. ประกอบอาชีพตามที่วางแผนไว้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 9. มีการจัดทำบัญชีครัวเรือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 10. ใช้ที่ดินให้เกิดประโยชน์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 11. จัดทำประมาณการซ่อมแซมที่อยู่อาศัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 12. รักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบ ทั้งภายในและบริเวณบ้าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 13. อื่นๆ (ด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 14. อื่นๆ (ด้านความรับผิดชอบในครัวเรือน และสังคม).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 15. อื่นๆ (ด้านเศรษฐกิจ และอาชีพ).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 16. อื่นๆ (ด้านที่อยู่อาศัย).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 17. อื่นๆ (ตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตครัวเรือนเปราะบาง).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ความช่วยเหลือจากรัฐที่ต้องการเพิ่มเติม

การเข้าถึงสิทธิ/สวัสดิการของรัฐ การรักษาพยาบาลเฉพาะทาง การฝึก/ส่งเสริมอาชีพ

จัดหาที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม แก้ไขปัญหาความรุนแรงในครอบครัว แก้ไขปัญหานี้สิน

อื่นๆ (ระบุ).....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
 (.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....