

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.....ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

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
- ☐ เร่ร่อน

6.2 ด้านสุขภาพอนามัย

- ☐ ติดเชื้อเอดส์ (HIV)/ ป่วยด้วยโรคเอดส์
- ☐ ป่วยเป็นโรคร้ายแรง
- ☐ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน
- ☐ ผู้ป่วยทางจิต
- ☐ หลงลืมขราภาพ
- ☐ ได้รับผลกระทบจากเชื้อเอดส์/ป่วยด้วยโรคเอดส์
- ☐ เจ็บป่วยเรื้อรัง
- ☐ ขาดแคลนกายอุปกรณ์/ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ
- ☐ ไม่ได้ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ☐ ติดยาเสพติด
- ☐ 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.....

7. เรื่องขอรับความช่วยเหลือที่ต้องการ

7.1 ด้านเงิน (ใส่จำนวนเงินด้วย)

	บัญชีท้ายระเบียบฯลำดับที่
☐ค่าเลี้ยงดู ค่าพาหนะ สำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
☐เกี่ยวกับการศึกษาสำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
☐เงินทุนประกอบอาชีพ สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
☐ค่ารักษาพยาบาล สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
☐ค่ากายอุปกรณ์แก่เด็กพิการและทุพพลภาพ	1
☐อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยป้องกันและแก้ไขความพิการของเด็ก	1
☐ค่าใช้จ่ายในการส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม	1
☐ค่าอาหารระหว่างรอรับการสงเคราะห์ และระหว่างเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิม	1
☐ค่าพาหนะส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม	2
☐ค่าเช่าที่พักของผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม	2
☐ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระหว่างรอรับการสงเคราะห์	2
ระหว่างการเดินทางเพื่อรับการสงเคราะห์หรือกลับภูมิลำเนาเดิม	2
☐เงินอุดหนุนเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน	2
☐ค่าเครื่องอุปโภคบริโภค	2
☐ค่าใช้จ่ายในการครองชีพตามความจำเป็น	2
☐ค่ารักษาพยาบาล เช่น ค่ายา ค่าอุปกรณ์การรักษา ค่าอาหารที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของทางราชการรวมถึงค่าพาหนะ ค่าอาหาร ระหว่างติดต่อรักษาพยาบาล	3
☐ค่าซ่อมแซมที่อยู่อาศัย	4,5,6,9,11
☐เงินทุนประกอบอาชีพ	4,5,6,9,11
☐เงินทุนประกอบอาชีพ รวมถึงการรวมกลุ่ม	4,5,6,9,11
☐ค่าอาหาร	4,5,6,9,11
☐ค่าเครื่องนุ่งห่ม	4,5,6,9,11
☐ค่าพาหนะเดินทาง ค่าอาหาร ค่าเครื่องนุ่งห่ม หรือค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง	4,5,6,9,11
☐เงินทุนประกอบอาชีพแก่สตรีที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว	9,10,11
☐ค่าวัสดุที่פקชั่วคราว	
☐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 และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย
- ☐ส่งกลับภูมิลำเนาเดิม
- ☐อื่นๆ ระบุ

6.5 ด้านครอบครัว

- | | |
|--|--|
| ☐ กำพร้า | ☐ ครอบครัวแตกแยก/พ่อแม่แยกทาง |
| ☐ ครอบครัวอุปถัมภ์ | ☐ ได้รับการเลี้ยงดูไม่เหมาะสม |
| ☐ ได้รับผลกระทบจากการที่คนในครอบครัวต้องโทษจำคุก | ☐ ต้องดูแลบุคคลในครอบครัว |
| ☐ ต้องรับภาระหน้าที่ในครอบครัวเกินวัย/เกินความสามารถสติปัญญา | ☐ ตั้งครรภ์นอกสมรส |
| ☐ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตร | ☐ ถูกทอดทิ้ง |
| ☐ อยู่ตามลำพังไม่มีผู้ดูแล และมีปัญหาในการดำรงชีวิต | ☐ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม |
| ☐ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลไม่สามารถอุปการะเลี้ยงดูได้ | ☐ พ่อแม่ที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง/พ่อเลี้ยงเดี่ยว |
| ☐ แม่ม่ายที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง/แม่เลี้ยงเดี่ยว | ☐ ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน |
| ☐ ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางคืน ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน | ☐ ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้ |
| ☐ ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านร่างกาย | ☐ ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านจิตใจ |
| ☐ ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านเพศ | ☐ ครอบครัวมีหนี้สิน |
| ☐ ครอบครัวมีการเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (อาทิ เด็กคนพิการ ผู้ติดเชื่อเอดส์ ผู้ติดยาเสพติด) | |
| ☐ ผู้อุปการะมีฐานะยากจน/ขาดแคลน | ☐ ครอบครัวยากจน |

6.6 ด้านความรุนแรงในครอบครัว/สังคม

- | | |
|---|--|
| ☐ เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น | ☐ ทารุณกรรมทางร่างกาย |
| ☐ ทารุณกรรมทางจิตใจ | ☐ ทารุณกรรมทางเพศ |

6.7 ด้านการเป็นผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์

- | | |
|--|---|
| ☐ ตกเป็นเครื่องมือแสวงหาผลประโยชน์อื่นๆ | ☐ ถูกทารุณกรรม/กักขัง/หน่วงเหนี่ยว |
| ☐ ถูกบังคับขอรหัส | ☐ ถูกบังคับค้าประเวณี |
| ☐ ถูกล่อลวง | ☐ ถูกแสวงหาประโยชน์ทางเพศ |
| ☐ เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น | ☐ ถูกบังคับใช้แรงงาน |
| ☐ ถูกบังคับให้ประพฤติดกกฎหมาย | |

6.8 ด้านการเข้าถึงสิทธิและความเป็นธรรมในสังคม

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

6.9 ด้านสภาพปัญหาสังคมอื่นๆ

- ☐ ประพฤติตนไม่เหมาะสม
- ☐ เสี่ยงต่อการกระทำผิด
- ☐ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนหรือการปรับตัวที่เหมาะสม
- ☐ การอพยพ/หลบหนีเข้าเมือง
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....

8. สิทธิสวัสดิการที่เคยได้รับ

- ☐ 1. ไม่เคย
- ☐ 2. เคย อะไรบ้างในปีงบประมาณนี้ จำนวน ครั้ง รวมเป็นเงิน บาท ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ☐ 2.1 เงินสงเคราะห์
 - ☐ 2.2 เงินทุนประกอบอาชีพ
 - ☐ 2.3 เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
 - ☐ 2.4 เบี้ยความพิการ
 - ☐ 2.5 เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
 - ☐ 2.6 สวัสดิการที่ได้จากการลงทะเบียนโครงการเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
 - ☐ 2.7 เงินซ่อมแซมบ้าน
 - ☐ 2.8 สวัสดิการอื่นจากภาครัฐ ระบุ
 - ☐ 2.9 สวัสดิการภาคเอกชน
 - ☐ 2.10 เงินกู้
 - ☐ 2.11 เครื่องช่วยความพิการ
 - ☐ 2.12 อื่นๆ ระบุ.....

9. การรับรองข้อมูลส่วนบุคคล

☐ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตรงความเป็นจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้ระงับสวัสดิการและประโยชน์อื่นๆ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสาร เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าพเจ้าและครอบครัว

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับความช่วยเหลือ
(.....)

ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับคำขอ
(.....)

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 หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ใบอนุญาต หรือเจ้าหน้าที่อื่นซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในความควบคุมของนักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ใบอนุญาต หรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าส่วนราชการเจ้าของเงินอุดหนุน

ผลการพิจารณาให้ความช่วยเหลือของคณะกรรมการพิจารณาให้ความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม

วันที่ประชุมคณะกรรมการ.....ครั้งที่.....

☐ ทราบ (เร่งด่วน)

☐ คุณสมบัติผู้ประสบปัญหาทางสังคม

☐ เห็นชอบ

☐ ไม่เห็นชอบ ระบุเหตุผล.....

☐ วิธีการให้ความช่วยเหลือ

☐ เห็นชอบ

☐ ไม่เห็นชอบ ระบุเหตุผล.....

ความเห็นเพิ่มเติม.....

รายละเอียดสำหรับการจ่ายเงิน เท่านั้น	ยินยอมให้โอนเงินผ่านบัญชีธนาคาร ลงชื่อ.....																												
1. รับด้วยตนเอง/มอบอำนาจรับแทน ☐ เงินสด ☐ เช็ค เลขที่.....ธนาคาร..... หากมีการรับแทนโปรดระบุ เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ - นามสกุล.....ผู้รับแทน เบอร์โทรศัพท์.....																													
2. โอนเข้าบัญชีธนาคาร ☐ โอนเข้าบัญชี ☐ พร้อมเพย์ (Prompt Pay) ☐ KTB Corporate Online ☐ e-Payment ชื่อ - นามสกุล ผู้รับเงิน..... เลขที่บัตรประชาชน เบอร์โทรศัพท์..... เลขที่บัญชี.....ชื่อบัญชี..... ธนาคาร.....สาขา.....																													
รายละเอียดสำหรับการรับสิ่งของ ☐ รับด้วยตนเอง ☐ ผู้รับแทน เลขที่บัตรประชาชน ชื่อ-นามสกุล.....																													
ประสานส่งต่อไปยังหน่วยงาน ชื่อหน่วยงาน.....จังหวัด.....																													
☐ ส่งไปทำกายภาพบำบัด ☐ ส่งเข้ารับการรักษา/บำบัด ☐ ส่งเข้าสถานสงเคราะห์/สถานคุ้มครอง ☐ ขอบุตรบุญธรรม/ครอบครัวอุปถัมภ์ ☐ ส่งเข้าฝึกอบรม/อาชีพ ☐ จัดหาอาชีพ ☐ อื่นๆ ระบุ.....																													
ช่วยเหลือด้านอื่นๆ ☐ ให้คำปรึกษา/แนะนำ ☐ ช่วยเหลือทางด้านกฎหมาย/คุ้มครองสิทธิ ☐ ติดตามหาญาติ ☐ ที่อยู่อาศัย/ที่พำนัก ☐ อื่นๆ ระบุ..... ☐ ได้รับความช่วยเหลือ เนื่องจาก.....																													
การบูรณาการความช่วยเหลือร่วมกับหน่วยอื่น หน่วยงานภายใน พม. <table style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ ดย. หน่วยงาน.....</td> <td>☐ เงิน.....</td> <td>☐ สิ่งของ ระบุ.....</td> <td>☐ อื่นๆ ระบุ.....</td> </tr> <tr> <td>☐ พก. หน่วยงาน.....</td> <td>☐ เงิน.....</td> <td>☐ สิ่งของ ระบุ.....</td> <td>☐ อื่นๆ ระบุ.....</td> </tr> <tr> <td>☐ พส. หน่วยงาน.....</td> <td>☐ เงิน.....</td> <td>☐ สิ่งของ ระบุ.....</td> <td>☐ อื่นๆ ระบุ.....</td> </tr> <tr> <td>☐ ผส. หน่วยงาน.....</td> <td>☐ เงิน.....</td> <td>☐ สิ่งของ ระบุ.....</td> <td>☐ อื่นๆ ระบุ.....</td> </tr> <tr> <td>☐ สค. หน่วยงาน.....</td> <td>☐ เงิน.....</td> <td>☐ สิ่งของ ระบุ.....</td> <td>☐ อื่นๆ ระบุ.....</td> </tr> <tr> <td>☐ กคช. หน่วยงาน.....</td> <td>☐ เงิน.....</td> <td>☐ สิ่งของ ระบุ.....</td> <td>☐ อื่นๆ ระบุ.....</td> </tr> <tr> <td>☐ พอช. หน่วยงาน.....</td> <td>☐ เงิน.....</td> <td>☐ สิ่งของ ระบุ.....</td> <td>☐ อื่นๆ ระบุ.....</td> </tr> </table> 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		☐ 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.....
☐ 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.....																										

แบบคำขอรับความช่วยเหลือกรณีผู้ตกทุกข์ได้ยากกลับภูมิลำเนาเดิม

ข้อมูลผู้ขอรับความช่วยเหลือ		
ชื่อ - สกุล.....บ้านเลขที่		
ปัญหาความเดือดร้อน		
☐ เดินทางมาทำงานทำ	☐ ถูกเลิกจ้าง ทำงานแล้วไม่ได้รับค่าจ้าง	☐ ถูกล่อลวง
☐ เดินทางมาหาคู่สมรส , ญาติ	☐ เดินทางมารับการรักษาพยาบาล	☐ อื่นๆ ระบุ.....
ความต้องการช่วยเหลือเพิ่มเติม เมื่อกลับภูมิลำเนา		
☐ ต้องการฝึกอาชีพ	☐ ต้องการค่าใช้จ่ายด้านการศึกษานบุตร	
☐ 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

ประกอบการณ์วันที่.....ถึงวันที่.....จำนวน.....บาท

หน่วยงาน

[illegible]

ตัวชื่อ.....ผู้มอบ.....
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน.....
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)

วันที่ให้ข้อมูล.....

หมายเหตุ : รายการสิ่งของ ๑ ชุด ประกอบด้วย

แบบรับรองข้อมูลส่วนบุคคล
แบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว _____ เลขที่ บัตรประชาชน
 □ - □□□□ - □□□□□ - □□ - □ ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ
 หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตรงความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ระงับสวัสดิการและ ประโยชน์อื่น ๆ และยินยอมให้
 เปิดเผยข้อมูลข่าวสาร เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าพเจ้าและครอบครัว

ลงชื่อ _____ ผู้ขอรับความช่วยเหลือ ลงชื่อ _____ เจ้าหน้าที่รับคำขอ
 (.....) (.....)
 ลงวันที่ ลงวันที่

ลายมือชื่อผู้เยี่ยมบ้าน และผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ

ลงชื่อ _____ ผู้เยี่ยมบ้าน
 (.....)
 ตำแหน่ง
 ลงวันที่ (ว.ด.ป.ที่เยี่ยมบ้าน)

ลงชื่อ _____ ผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ
 (.....)
 ตำแหน่ง เลขที่
 วันที่ เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ :

ผู้เยี่ยมบ้าน หมายถึง เจ้าหน้าที่กระทรวง หรือเจ้าหน้าที่หน่วยบริการในพื้นที่หรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมาย หรือได้รับคำขอนี้ หรือ
 อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.)

ผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ ได้แก่

- (๑) ผู้ซึ่งระเบียบ ประกาศ หรือหลักเกณฑ์ว่าด้วยการนั้น กำหนดให้เป็นผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ หรือ
- (๒) นักสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ประกอบการวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต หรือเจ้าหน้าที่อื่นซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในความควบคุมของนักสังคมสงเคราะห์
 หรือผู้ประกอบการวิชาชีพสังคมสงเคราะห์หรือผู้ประกอบการวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต หรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าส่วนราชการ
 เจ้าของเงินอุดหนุน

เลขที่.....

แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน

ข้าพเจ้า

ตำแหน่ง

เลขประจำตัวประชาชน

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

สำนัก/กอง/ศูนย์ สังกัดกรม

กระทรวง.....

อยู่บ้านเลขที่..... ซอย หมู่ที่

ถนน ตำบล/แขวง.....

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

เบอร์โทรศัพท์(มือถือ)

ขอรับเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร มาเพื่อเป็นหลักฐานด้วยแล้ว

☐ กรณีเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ ที่สังกัดส่วนราชการผู้จ่าย

☐ เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ใช้สำหรับรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน

บัญชีเงินฝากธนาคาร..... สาขา.....

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

☐ เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารอื่น ตามที่ (หัวหน้าส่วนราชการผู้เบิก) อนุญาต

บัญชีเงินฝากธนาคาร..... สาขา.....

ประเภท..... เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร

☐ กรณีเป็นบุคคลภายนอกเพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร..... สาขา.....

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

และเมื่อ โอนเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online แล้ว ให้ส่งข้อมูล การโอนเงินผ่านช่องทาง

☐ ข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ (SMS) ที่เบอร์โทรศัพท์.....

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

ลงชื่อ.....ผู้มีสิทธิรับเงิน

(.....)

หมายเหตุ : เลขที่ของแบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online ให้ระบุหมายเลขกำกับเรียง กันไปทุกฉบับ เพื่อประโยชน์ในการจัดทำทะเบียนคุมการโอนเงิน



☐ นาย/นาง/นางสาว/ต.ช./ต.ญ.

ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ระบุว่าป่วยด้วยโรค.....

เนื่องจากการเดินทางของผู้ป่วยที่ยากไร้เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลดังกล่าว มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง
ข้าพเจ้าจึงขอรับการสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเป็นค่าพาหนะสำหรับการเดินทางตามระเบียบ
กระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วน
จังหวัด พ.ศ.2560

ข้าพเจ้าเคยได้รับเงินสงเคราะห์จากหน่วยงานสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ชื่อหน่วยงาน..... ปีงบประมาณ พ.ศ.....
จำนวน.....ครั้ง/ปี จำนวนเงินครั้งละ..... บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท
และได้นำไปใช้ในการเดินทางไปรักษาพยาบาลแต่เนื่องจากเงินจำนวนดังกล่าวนี้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในการเดินทางจริง

ข้าพเจ้าจึงขอรับการสงเคราะห์ค่าพาหนะเดินทางจากสถานที่อยู่อาศัย บ้านเลขที่.....
ถนน/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัดนครราชสีมา
โดยขอรับค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ดังนี้ (เลือกเพียง 1 ข้อเท่านั้น)

เดินทางโดย ☐ รถโดยสารประจำทางหรือรถโดยสารไม่ประจำทาง

☐ รถยนต์ส่วนตัว ☐ รถจักรยานยนต์ส่วนตัว

☐ รถยนต์รับจ้าง ☐ รถจักรยานยนต์รับจ้าง

ถึง 1) โรงพยาบาล..... อำเภอ.....จังหวัด.....
รวมระยะทาง (ไป-กลับ)..... กิโลเมตร จำนวน ครั้งๆ ละ บาท เป็นเงินบาท

2) โรงพยาบาล..... อำเภอ.....จังหวัด.....
รวมระยะทาง (ไป-กลับ)..... กิโลเมตร จำนวน ครั้งๆ ละ บาท เป็นเงินบาท
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

**** กรณีที่ไม่สามารถนั่งรถโดยสารประจำทางได้** เนื่องจาก.....

ครั้งที่	วัน/เดือน/ปี ที่ออกใบนัดหมาย	เอกสารหลักฐานประวัติการรักษา เช่น ใบแสดงผลการรักษา ใบรับยา ใบเสร็จรับเงิน ใบรับรองแพทย์ สมุดประจำตัวคนป่วย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจสอบแล้วพบว่าข้อมูลส่วนใดไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ระงับการช่วยเหลือ และคืนเงินค่าพาหนะเดินทางที่ได้รับตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา
ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินค่าพาหนะเดินทาง พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องไว้ครบทุกฉบับเรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับความช่วยเหลือ ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับคำขอ
(.....)
(.....)

วันที่.....

วันที่.....



เทศบาล/ อบต.....

ที่อยู่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า.....อายุ.....ปี

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□□-□□□□□□-□□□-□

อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัดนครราชสีมา ได้ผ่านการตรวจสอบจากเทศบาล/อบต.เรียบร้อยแล้ว

เป็นผู้ด้อยโอกาสและมีฐานะยากจนจริง และมีคุณสมบัติครบถ้วนตามหลักเกณฑ์การให้การสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา เพื่อขอรับการช่วยเหลือเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ โดยใช้ระยะทางในการเดินทางจากที่พัก (หรือจากจุดสถานที่สำคัญ)

ไปยังโรงพยาบาล.....จังหวัด.....

คิดเป็นระยะทาง กิโลเมตร ไป - กลับ รวม.....กิโลเมตร

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความจริง

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด นครราชสีมา โทร.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทร.....

เป็นผู้มีอำนาจยื่นเอกสารคำขอดำเนินการเกี่ยวกับการรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยยากไร้ขององค์การบริหารส่วน
จังหวัดนครราชสีมา ประจำปี ๒๕๖..... จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ ดังนี้

- ☐ ๑. แจ้งความจำนงขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา
- ☐ ๒. รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ กรณีผู้ป่วยไม่สามารถมารับได้ด้วยตนเอง
- ☐ ๓. โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้ป่วย

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำ
ด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

โดยได้แนบเอกสารดังนี้

ผู้มอบอำนาจ (รับรองสำเนาถูกต้อง)

- ☐ ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ☐ ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน

ผู้รับมอบอำนาจ (รับรองสำเนาถูกต้อง)

- ☐ ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ☐ ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน ☐ ๓. สำเนาบัญชีธนาคาร



หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลเด็ก

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ชื่อผู้รับรอง).....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการ/บัตรประจำตัวพนักงาน เลขที่.....

ตำแหน่ง.....ออกให้โดย.....

วันหมดอายุ.....มีสถานภาพเป็น

☐ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ☐ ข้าราชการ ☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ สมาชิกสภาท้องถิ่น

☐ ประธานชุมชน ☐ พนักงานราชการ ☐ ลูกจ้างประจำ (ของหน่วยงานราชการ, รัฐวิสาหกิจ)

☐ อื่นๆ ระบุ.....

อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์ซึ่งอาศัยหรือปฏิบัติหน้าที่อยู่ในพื้นที่เดียวกันกับเด็กและผู้ดูแล

เด็กชาย/เด็กหญิง.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า (ชื่อผู้ดูแล)

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐เป็นผู้ดูแลเด็กจริง

โดยผู้ดูแลเด็ก มีความเกี่ยวพันเป็น.....กับเด็ก ซึ่งปัจจุบันพักอาศัยอยู่บ้านหลังเดียวกันจริง ทั้งนี้ เพื่อใช้

หนังสือรับรองฉบับนี้เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณาการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหาร

ส่วนจังหวัดนครราชสีมา ในการขอรับค่าเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษายาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ

เพื่อเป็นหลักฐานประกอบหนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลเด็ก ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ

โปรดแนบเอกสารบัตรประจำตัวผู้รับรองพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 1 ฉบับ

(บัตรประจำตัวกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/สมาชิกสภาท้องถิ่น/ประธานชุมชน

พนักงานราชการ/ลูกจ้างประจำ)

- การรับรองเอกสารอันเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา

ใบสำคัญรับเงิน

ชื่อส่วนราชการผู้จัดโครงการ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

โครงการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่หมู่ที่
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัดนครราชสีมา

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ได้รับเงินจาก กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
- รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ผู้รับการสงเคราะห์ ราย..... เป็นเงิน	
จำนวนเงิน (.....) (ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน (.....) (ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน (.....)	

เลขที่.....

แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online

วันที่ เดือน..... พ.ศ.

เรียน (ผู้อำนวยการสำนัก/กองคลัง)

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

เลขประจำตัวประชาชน

สำนัก/กอง/ศูนย์ สังกัด

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

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

เบอร์โทรศัพท์

ขอรับเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารมาเพื่อเป็นหลักฐานด้วยแล้ว

☐ กรณีเป็นบุคลากรที่สังกัด อบท.....☐ เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ใช้สำหรับรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือ ค่าตอบแทน

บัญชีเงินฝากธนาคาร สาขา

ประเภท เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร

☐ เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารอื่น (กรณีมีค่าธรรมเนียม ผู้รับเงินต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าธรรมเนียมนั้น)

บัญชีเงินฝากธนาคาร สาขา

ประเภท เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร

☐ กรณีเป็นผู้รับบำนาญ ผู้รับเบี้ยหวัด บุคลากรต่างสังกัด หรือบุคคลภายนอก

เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

ประเภทเลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร

และเมื่อ.....องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา.....โอนเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online แล้ว

ให้ส่งข้อมูลการโอนเงินผ่านช่องทาง

☐ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ตาม e-mail address

ลงชื่อ ผู้มีสิทธิรับเงิน

(.....)

หมายเหตุ : เลขที่ของแบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ Krungthai Corporate Online ให้ระบุหมายเลขกำกับเรียงกันไป
ทุกฉบับ เพื่อประโยชน์ในการจัดทำทะเบียนคุมการโอนเงิน