



ที่ ปจ ๗๑๓๐๑/ว ๑๐๖๕

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลย่านรี  
อำเภอภูกบินทร์บุรี ปจ ๒๕๑๑๐

๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความร่วมมือสำรวจผู้ประสบปัญหาทางสังคม

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.แบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม จำนวน ๑ ชุด  
๒.เอกสารประกอบแบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบ  
ปัญหาทางสังคม จำนวน ๑ ชุด

ด้วย องค์การบริหารส่วนตำบลย่านรี ได้รับแจ้งจากอำเภอภูกบินทร์บุรีว่า ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสำรวจข้อมูลประชาชนที่ประสบปัญหาทางสังคมในพื้นที่ตามกลุ่มเป้าหมายเด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน ที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขในเบื้องต้น อยู่ในภาวะยากลำบากและมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพ

องค์การบริหารส่วนตำบลย่านรี จึงขอความอนุเคราะห์ท่านในการสำรวจผู้ประสบปัญหาทางสังคมในพื้นที่ของท่าน จำนวน ๑ ราย ทั้งนี้ กรุณาส่งข้อมูลดังกล่าว ให้กับองค์การบริหารส่วนตำบลย่านรี ภายในวันจันทร์ที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๖ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการดำเนินการให้กับสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ต่อไป รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายทองหลาง พิศาโท)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลย่านรี

สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล  
งานพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม

โทร. ๐-๓๗๒๑-๐๗๔๓

โทรสาร ๐-๓๗๒๑-๐๗๔๒

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban@yanree.go.th





## 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
- ไม่ได้รับการรักษายาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- โรคซึมเศร้า
- ได้รับผลกระทบจากเชื้อเอดส์/ป่วยด้วยโรคเอดส์
- ขาดแคลนกายอุปกรณ์/ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ
- ติดยาเสพติด
- 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

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

### 6.6 ด้านความรุนแรงในครอบครัว/สังคม

- เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น
- ทารุณกรรมทางจิตใจ
- ทารุณกรรมทางร่างกาย
- ทารุณกรรมทางเพศ

### 6.7 ด้านการเป็นผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์

- ตกเป็นเครื่องมือแสวงหาผลประโยชน์อื่นๆ
- ถูกบังคับขอรทาน
- ถูกล่อลวง
- เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น
- ถูกบังคับให้ประพฤตินิติกฎหมาย
- ถูกทารุณกรรม/กักขัง/หน่วงเหนี่ยว
- ถูกบังคับค้าประเวณี
- ถูกแสวงหาประโยชน์ทางเพศ
- ถูกบังคับใช้แรงงาน

### 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	
	บัญชีท้ายระเบียบฯลำดับที่
<b>7.1 ด้านเงิน (ใส่จำนวนเงินด้วย)</b>	
<input type="checkbox"/> .....ค่าเลี้ยงดู ค่าพาหนะ สำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
<input type="checkbox"/> .....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 ระหว่างการเดินทางเพื่อรับการสงเคราะห์หรือกลับภูมิลำเนาเดิม	2
<input type="checkbox"/> .....เงินอุดหนุนเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน	3
<input type="checkbox"/> .....ค่าเครื่องอุปโภคบริโภค	4,5,6,9,11
<input type="checkbox"/> .....ค่าใช้จ่ายในการครองชีพตามความจำเป็น	4,5,6,9,11
<input type="checkbox"/> .....ค่ารักษาพยาบาล เช่น ค่ายา ค่าอุปกรณ์การรักษา ค่าอาหารที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของทางราชการรวมถึงค่าพาหนะ ค่าอาหาร ระหว่างติดต่อรักษาพยาบาล	4,5,6,9,11
<input type="checkbox"/> .....ค่าซ่อมแซมที่อยู่อาศัย	4,5,6,9,11
<input type="checkbox"/> .....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 แก่ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง	8
<input type="checkbox"/> .....เงินทุนประกอบอาชีพแก่สตรีที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว	10
<input type="checkbox"/> .....ค่าวัสดุที่ปักชั่วคราว	11
<input type="checkbox"/> .....อื่นๆ ระบุ .....	1-11
<b>7.2 ด้านสิ่งของ (ใส่จำนวน ชนิด รายการ ของสิ่งของด้วย)</b>	
<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 .....	
<b>7.3 ความช่วยเหลืออื่นๆ</b>	
<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 ให้กลับไปสู่สภาวะปกติ และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย	
<input type="checkbox"/> .....ส่งกลับภูมิลำเนาเดิม	
<input type="checkbox"/> .....อื่นๆ ระบุ .....	

### 8. สิทธิสวัสดิการที่เคยได้รับ

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

### 9. การรับรองข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตรงความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ระงับสวัสดิการและประโยชน์อื่นๆ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสาร เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าพเจ้าและครอบครัว

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

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

ลงวันที่.....

ลงวันที่.....

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.หรือเจ้าหน้าที่หน่วยบริการในพื้นที่หรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายหรือได้รับคำขอนี้ หรืออาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.)





**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.....
- สำนักงานงคมนตรี.....  เงิน.....  อื่นๆ ระบุ.....
- เงินบริจาค/ช่วยเหลือจากบุคคลทั่วไป จำนวน..... 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.....		

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. ....



## เอกสารประกอบแบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม

1. เอกสารของผู้ยื่นคำร้อง/ผู้แจ้งแทน (กรณีไม่สามารถยื่นคำร้องได้ด้วยตนเอง)
  - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
  - สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
  - สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร จำนวน 1 ฉบับ
2. เอกสารของผู้ประสบความเดือดร้อน
  - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
  - สำเนาสูติบัตร จำนวน 1 ฉบับ
  - สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
  - สำเนาบัตรประจำตัวผู้พิการ (ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ
3. ภาพถ่ายบ้าน/ที่พักอาศัยภายในและภายนอก ภาพถ่ายขณะเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน ภาพถ่ายผู้ยื่นคำร้องและผู้ประสบความเดือดร้อน



เอกสารประกอบการยื่นขอรับเงินสงเคราะห์เด็กในครอบครัวยากจน  
สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดปราจีนบุรี

1. บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง/ผู้ร้องแทน/ผู้ประสบความสำเร็จ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ (ถ้ามี)
- สำเนาหน้า book bank (ได้ทุกธนาคาร แต่กรณีไม่ใช่ธนาคารกรุงไทย จักถูกหัก ณ ที่จ่าย ตามเงื่อนไขการให้บริการของธนาคารนั้นๆ)

2. เด็ก (เด็กทุกคนที่ผู้ร้องแทน/ผู้ปกครองอุปการะเลี้ยงดู)

- สำเนาสูติบัตร
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (กรณีที่เด็กอายุไม่น้อยกว่า 7 ปี)
- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ (กรณีเป็นผู้ประสบความสำเร็จหรือเด็กที่อยู่ในการอุปการะเป็นคนพิการ)
- สำเนาทะเบียนบ้าน

หมายเหตุ

1. ให้จัดเตรียมสำเนาเอกสารข้างต้นอย่างละ 1 ฉบับ (กรณี รับรองสำเนาของเด็กซึ่งอายุน้อยกว่า 18 ปีให้บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง เป็นผู้ลงนามรับรองสำเนา)
2. ให้ระบุหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ปกครอง/ญาติ ผู้ใหญ่บ้าน และ จนท.อบต./เทศบาล ที่ติดต่อได้ในเอกสารทุกราย
3. สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน หากมีข้อสงสัยหรือขอทราบละเอียดเพิ่มเติม สามารถติดต่อ นางสาวธัญญารัตน์ เกิดเปลี่ยน ตำแหน่ง นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ หมายเลขโทรศัพท์ 084 398 633 8 หรือนางสาวศศิณี ใจโปร่ง ตำแหน่ง พนักงานคุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก หมายเลขโทรศัพท์ 091 004 2163



## หนังสือรับรองการพักอาศัยอยู่ในพื้นที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ชื่อผู้รับรอง) (นาย/นาง/นางสาว).....

เลขประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการ/บัตรประจำตัวพนักงาน เลขที่.....

มีสถานภาพเป็น

- ข้าราชการในพื้นที่ที่อยู่อาศัย     กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ประธานชุมชน     เจ้าบ้าน  
 ผู้นำชุมชน     อื่น ๆ.....

อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่า (นาย/นาง/นางสาว).....พักอาศัยอยู่ในพื้นที่

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

พักอาศัยอยู่จริงตามที่อยู่ดังกล่าว

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ : พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ/ข้าราชการ  
ที่รัฐออกให้ ของผู้รับรองเพื่อเป็นหลักฐานประกอบ