



○ สป. ☒ กสค.
○ กวผ. ○ สน.ทบ.
○ กค. ○ สรป.
○ กข.
○ กส.
○ กค. *กค.*

เทศบาลเมืองบางศรีเมือง
เลขรับ 4319
วันที่ 27 ต.ค. 2565
เวลา 15.18 น.

ที่ นบ ๕๑๐๑๑/๕๒๕๐

องค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี

ถนนรัตนธิเบศร์ อำเภอเมืองนนทบุรี

จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๕

กองสวัสดิการสังคม
941
วันที่ 27 ต.ค. 2565
เวลา 15.14 น.

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์การดำเนินงานโครงการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

เรียน นายกเทศมนตรีเมืองบางศรีเมือง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี พ.ศ. ๒๕๖๔ ลงวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๔ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๕ จำนวน ๑ ชุด
๒. เอกสารประกอบในการยื่นคำขอ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี จะดำเนินงานโครงการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี เพื่อให้ความช่วยเหลือประชาชนที่เจ็บป่วยซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ยากไร้ โดยได้รับการช่วยเหลือเป็นเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐ อันจะช่วยให้แบ่งเบาภาระค่าดำรงชีพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ในการนี้ เพื่อให้โครงการดังกล่าวบรรลุวัตถุประสงค์ องค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี จึงขอความร่วมมือมายังหน่วยงานของท่านประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในเขตพื้นที่ทราบเกี่ยวกับประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ โดยผู้ป่วยที่ยากไร้ดำเนินการขอรับการสงเคราะห์จากสำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ก่อน ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่ยากไร้ที่มีความประสงค์ ขอรับความช่วยเหลือการสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับการรักษาพยาบาล ตามระเบียบข้างต้นนั้น สามารถยื่นคำขอ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ หรือสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มต่างๆ ได้จากเว็บไซต์ <http://www.nont-pro.go.th>

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและขอขอบคุณล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

พันตำรวจเอก

(ธงชัย เย็นประเสริฐ)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี

กองสวัสดิการสังคม

ฝ่ายสังคมสงเคราะห์

โทรศัพท์ ๐ ๒๕๒๗ ๘๐๐๓ / โทรสาร ๐ ๒๕๒๗ ๓๘๖๓

ผู้ประสานงาน นางสาวหทัยา เจ๊ะหนู่ม โทร ๐๙ ๔๓๔๐ ๙๘๘๘

นางบังอร พารุ่ง โทร ๐๘ ๙๘๑๔ ๙๕๓๘



ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดน่านบุรี
เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดน่านบุรี
พ.ศ. ๒๕๖๔

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นการให้ความช่วยเหลือประชาชนที่เจ็บป่วยซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ยากไร้เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ เป็นการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่ยากไร้ตามสมควรแก่กรณี นั้น

ดังนั้น เพื่อให้การอนุมัติการสงเคราะห์ช่วยเหลือประชาชนที่เจ็บป่วยซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดน่านบุรี การให้ความช่วยเหลือหรือดำเนินการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล อาศัยอำนาจตามมาตรา ๓๕/๕ (๔) แห่งพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๔๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ข้อ ๙ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐ ประกอบมติที่ประชุมคณะกรรมการพิจารณาค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดน่านบุรี ครั้งที่ ๑/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ จึงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดน่านบุรี เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าพาหนะ) เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ ดำเนินการตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐ และหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ที่ มท ๐๘๐๘.๒/๒๐๒๔๑ ลงวันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ เรื่อง ทารือการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดน่านบุรี ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดน่านบุรี เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดน่านบุรี พ.ศ. ๒๕๖๔”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“ผู้ป่วยที่ยากไร้” หมายความว่า ผู้ป่วยที่ยากจน ซึ่งมีสิทธิได้รับการสงเคราะห์ตามหลักเกณฑ์การสงเคราะห์ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

“ผู้ดูแล” หมายความว่า บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา พี่น้อง หรือบุคคลอื่นใดที่รับดูแลหรืออุปการะผู้ป่วยที่ยากไร้

“การสงเคราะห์” หมายความว่า การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยากไร้เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

ข้อ ๔ คุณสมบัติผู้ป่วยที่ยากไร้ที่จะยื่นคำขอรับการสงเคราะห์

(๑) มีสัญชาติไทย

(๒) มีภูมิลำเนาในเขตจังหวัดน่านบุรี

(๓) ได้เข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลของรัฐส่งต่อการรักษาไปยังสถานพยาบาลเอกชนโดยสิทธิสวัสดิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่ต้นสังกัดส่งต่อไป

ข้อ ๕ ผู้ป่วยที่ยากไร้ได้ดำเนินการขอรับการสงเคราะห์จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรีแล้วไม่เพียงพอ หรือไม่ได้รับการสงเคราะห์เนื่องจากถูกจำกัดด้วยงบประมาณ องค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรีสามารถให้การสงเคราะห์เพิ่มเติมได้ตามที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๒,๐๐๐ บาท ต่อคน และไม่เกินสามครั้งต่อคนต่อปีงบประมาณ

ในกรณีผู้ป่วยที่ยากไร้มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีความจำเป็นจะต้องได้รับการสงเคราะห์มากกว่าสามครั้ง องค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรีจะดำเนินการขอความเห็นชอบจากผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นรายการกรณีไป

ข้อ ๖ การขอรับการสงเคราะห์

(๑) ผู้ป่วยที่ยากไร้หรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ยากไร้ ยื่นแบบขอรับการสงเคราะห์ตามแบบที่กำหนดต่อเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลที่ตนพักอาศัยอยู่ปัจจุบัน และให้เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลส่งคำขอรับการสงเคราะห์ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี เพื่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรีจะได้ส่งคำขอรับการสงเคราะห์ไปยังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรีต่อไป หรือยื่นแบบขอรับการสงเคราะห์ตามแบบที่กำหนดให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรีโดยตรงก็ได้

(๒) สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรีตรวจสอบข้อมูลและพิจารณาให้การสงเคราะห์ตามหลักเกณฑ์การสงเคราะห์ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ก่อน กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการสงเคราะห์ตามข้อ ๕ จะส่งต่อคำขอนั้นพร้อมหลักฐานและเหตุผลประกอบการพิจารณาไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี เพื่อดำเนินการตามระเบียบต่อไป

ข้อ ๗ เอกสารที่ใช้ในการขอรับการสงเคราะห์ ดังนี้

- (๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- (๒) สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้ป่วย (ถ้ามี)
- (๓) สำเนาบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ (ถ้ามี)
- (๔) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย
- (๕) แบบคำขอรับการสงเคราะห์ (แบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

(๖) แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ของผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรีในการขอรับค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าพาหนะ) เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐของผู้ป่วย (โดยมีผู้รับรองเป็นปลัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.) หรือเจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย)

(๗) ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง แสดงว่าผู้ป่วยเดินทางเข้ารับการรักษาพยาบาล (ระบุ ชื่อ - สกุลของผู้ป่วย วัน เดือน ปี และโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่ทำการรักษา)

(๘) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากของธนาคารกรุงไทย ประเภทออมทรัพย์

(๙) หนังสือมอบอำนาจ กรณีผู้ป่วยที่ยากไร้ไม่สามารถยื่นคำขอ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยื่นแทน

(๑๐) เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๘ วิธีการจ่ายเงินสงเคราะห์

วิธีการจ่ายเงินสงเคราะห์เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าพาหนะ) เข้ารับการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยที่ยากไร้ องค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรีจะโอนเงินผ่านบัญชีเงินฝากของธนาคารกรุงไทย ประเภทออมทรัพย์ ในชื่อบัญชีของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ดังนี้

- (๑) บัญชีของผู้ป่วยที่ยากไร้
- (๒) บัญชีผู้ที่ได้รับมอบอำนาจตามกฎหมาย
- (๓) บัญชีผู้ดูแลที่ได้รับมอบอำนาจ
- (๔) บัญชีผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้ดูแล

ข้อ ๙ การพิจารณาให้การสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าพาหนะ) เข้ารับการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยที่ยากไร้ของคณะกรรมการพิจารณาค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรีให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

การเดินทางโดยยานพาหนะโดยสารประจำทาง หรือการเดินทางโดยยานพาหนะโดยสารไม่ประจำทาง ให้เบิกค่าพาหนะเดินทางเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กฎหมายว่าด้วยการขนส่งทางบกและเรือกลเดินประจำทางตามกฎหมายว่าด้วยการเดินเรือในน่านน้ำไทยกำหนด เว้นแต่กรณีผู้ป่วยที่ยากไร้ถูกเรียกเก็บเงินค่าพาหนะเกินกว่าอัตรากฎหมายกำหนด ให้เบิกจ่ายค่าพาหนะได้เท่าที่จ่ายจริงใช้ระบบ GPS มาประกอบการคำนวณระยะทาง โดยให้อยู่ในดุลพินิจคณะกรรมการพิจารณาค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี ทั้งนี้ ให้ความหมายรวมถึงยานพาหนะอื่นใดที่ให้บริการขนส่งบุคคลทั่วไปเป็นปกติโดยมีเส้นทางอัตราค่าโดยสารที่แน่นอน

หากผู้ป่วยที่ยากไร้ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ยากไร้มีความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ สามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม สำนักงานองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี (แห่งที่ ๒) เลขที่ ๑๔ ถนนประชาราษฎร์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๒ ๕๒๗ ๘๐๐๓ โทรสาร ๐๒ ๕๒๗ ๘๐๐๕ ในวันเวลาทำการของทางราชการ

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔

พันตำรวจเอก

(ธงชัย เย็นประเสริฐ)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี



ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดนันทบุรี
เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนันทบุรี
(ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๖๕

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ เป็นการให้ความช่วยเหลือประชาชนที่เจ็บป่วยซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ยากไร้เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ เป็นการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่ยากไร้ตามสมควรแก่กรณี นั้น

โดยเห็นสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดนันทบุรี เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนันทบุรี ลงวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๔ เพื่อให้การอนุมัติการสงเคราะห์ช่วยเหลือประชาชนที่เจ็บป่วยซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนันทบุรี เป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอาศัยอำนาจตามมาตรา ๓๕/๕ (๔) แห่งพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๔๐ และ ข้อ ๙ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ ประกอบมติที่ประชุมคณะกรรมการพิจารณาค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนันทบุรี ครั้งที่ ๒/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๕ จึงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนันทบุรี เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าพาหนะ) เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ ดำเนินการตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ และหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ที่ มท ๐๘๐๘.๒/ว ๒๙๑๑ ลงวันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๖๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการรับเงิน และการจ่ายเงินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านระบบ KTB Corporate Online ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดนันทบุรี เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนันทบุรี (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๖๕”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกข้อความใน (๘) ของข้อ ๗ แห่งประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดนันทบุรี เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนันทบุรี ลงวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๔ และให้ใช้ความดังต่อไปนี้แทน

“(๘) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์”

ข้อ ๔ ให้ยกเลิกความในวรรคสองของข้อ ๘ แห่งประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี ลงวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๔ และให้ใช้ความดังต่อไปนี้แทน

“วิธีการจ่ายเงินสงเคราะห์เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าพาหนะ) เข้ารับการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยที่ยากไร้ องค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรีจะโอนเงินผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์ ในชื่อบัญชีของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ดังนี้”

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่๓๐...เดือน ...พฤษภาคม.....พ.ศ. ๒๕๖๕

พันตำรวจเอก



(ธงชัย เย็นประเสริฐ)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี

ครั้งที่.....ปี.....

เลขที่แบบบันทึก วันที่รับเรื่อง

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



1. ผู้ยื่นคำร้อง / ผู้แจ้งแผน (กรณีไม่สามารถยื่นคำร้องได้ด้วยตนเอง) / ผู้ยื่นคำขอ

เลขที่บัตรประชาชน □□□□□□-□□□□□□-□□□□ กรณีไม่มีเนื่องจาก.....

ความสัมพันธ์กับผู้ประสบปัญหา.....ระดับการศึกษาสูงสุด.....

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน ตรอก

ชื่อย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรสาร โทรศัพท์มือถือ

e-Mail _____

2.1 กรณีบุคคลทั่วไป

คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....) ชื่อ.....นามสกุล.....

[illegible]

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

ชื่อ..... สัณเขติ..... ศาสนา.....

สวดภาวนา ☐ สวด ☐ สรรสอยู่ด้วยกัน ☐ สรรสแยกกันอยู่ ☐ หย่าร้าง ☐ ไม่ได้สมรสต่อยัด้วยกัน ☐ หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

[illegible][illegible][illegible][illegible]

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

กรณีเด็ก กรอกข้อมูลเพิ่มเติม ดังนี้

บิดา ชื่อ _____ นามสกุล _____ วัน/เดือน/ปีเกิด _____ อายุ _____ ปี

บรรดา ชื่อ นามสกุล วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี

ความสัมพันธ์ของปัจจัยการระเด็ก ○ ป๋ ○ ย่า ○ ตา ○ ยาย ○ ลง ○ ป้า ○ น้ำ ○ อา ○ ไม่มีความสัมพันธ์ ☐ อื่นๆ.....

สาเหตุของการรบกวนการระบิดา ☐ ทอดทั้ง ☐ เสียชีวิต ☐ ต้องโทษจำคุก ☐ อื่นๆ ระบุ.....

บรรดา ☐ ทอดทั้ง ☐ เสียชีวิต ☐ ต้องโทษจำคุก ☐ อื่นๆ ระบุ

3. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

พิกัด GPS : ละติจูด..... ลองจิจูด:.....
 ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน..... รหัสประจำบ้าน.....
 บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก..... ซอย.....
 ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์..... เบอร์ต่อ..... โทรสาร.....
 โทรศัพท์มือถือ.....

4. ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

(กรณีเป็นผู้เช่าอยู่เดิมกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ขอให้ทำเครื่องหมาย ☒ และเข้าไปกรอกข้อมูลติดต่อผ่านชื่อและเบอร์โทรศัพท์)

○ บ้านตนเอง ○ อาศัยผู้อื่นอยู่ ○ อาศัยอยู่กับญาติ ○ บ้านเช่า ○ อยู่กับผู้จ้าง ○ ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง

พิกัด GPS : ละติจูด ลองจิจูด
 ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน รหัสประจำบ้าน

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

 บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน ตรอก
 ซอย ถนน ตำบล/แขวง
 อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์
 โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ
 ติดต่อผ่านชื่อ โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ

สภาพที่อยู่อาศัย

☐ มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองและมั่นคงถาวร ☐ มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองแต่ไม่มั่นคงถาวร ☐ อาศัยอยู่กับผู้อื่น

☐ อยู่ในที่ดินบุคคลอื่น ☐ บ้านเช่า ☐ พื้นที่สาธารณะ

ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ ไม่ได้รับการศึกษา/ไม่จบชั้น ☐ ประถมศึกษาตอนต้น ☐ ประถมศึกษาตอนปลาย ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ ปวช. ☐ ปวส./อนุปริญญา ☐ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี

อาชีพ

☐ ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน ☐ นักเรียน/นักศึกษา ☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ☐ ภิกษุ/สามเณร/แม่ชี
☐ เกษตรกร (ทำไร่/นา/สวน/เลี้ยงสัตว์/ประมง) ☐ รับจ้าง ☐ ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ
☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ พนักงานบริษัท ☐ อื่นๆ ระบุ.....

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท ที่มาของรายได้ ☐ ด้วยตนเอง ☐ ผู้อื่นให้
หนี้สินในระบบ.....บาท หนี้สินนอกระบบ.....บาท

รายได้เฉลี่ยของครอบครัว.....บาทต่อเดือน

สมาชิกในครอบครัว (ไม่รวมผู้ประสบปัญหาทางสังคมและต้องเป็นสมาชิกในครอบครัวเท่านั้น)

[illegible]

5. ประเภทผู้ขอรับบริการ

- ☐ ครอบครัวของเด็ก/เด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน
- ☐ ผู้ตกทุกข์ได้ยากที่ขอให้ช่วยเหลือส่งกลับภูมิลำเนาเดิม
- ☐ ผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน
- ☐ ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยที่ประสบความเดือดร้อนหรือผู้ไร้ที่พึ่ง
- ☐ ครอบครัวคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการและประสบปัญหาความเดือดร้อน
- ☐ สตรีหรือครอบครัวที่ประสบปัญหาทางสังคม
- ☐ ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนและมีความจำเป็นในเรื่องต่างๆ
- ☐ ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง
- ☐ สตรีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีผู้อยู่ในอุปการะ
- ☐ สตรีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ไม่ได้ติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะคนในครอบครัวที่ติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์
- ☐ สตรีที่ติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ไม่มีผู้อยู่การเลี้ยงดู
- ☐ สตรีที่สามีป่วย หรือเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะเลี้ยงดูบุคคลในครอบครัว
- ☐ ครอบครัวที่เป็นหัวหน้าครอบครัวติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีผู้อยู่ในอุปการะ
- ☐ ครอบครัวที่เป็นหัวหน้าครอบครัวไม่ได้ติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์
- ☐ ครอบครัวที่หัวหน้าครอบครัวถึงแก่กรรมด้วยโรคเอดส์
- ☐ ผู้ติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ไม่มีผู้อยู่การเลี้ยงดู
- ☐ ราษฎรบนพื้นที่สูง ซึ่งเป็นชาวเขาประสบปัญหาความเดือดร้อน

6. สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

6.1 ด้านที่อยู่อาศัย

- ☐ ไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย
- ☐ ไม่มีที่อยู่อาศัย
- ☐ สภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมต่อการพักอาศัย
- ☐ เร่ร่อน

6.2 ด้านสุขภาพอนามัย

- ☐ ติดเชื่อเอดส์ (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

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

6.5 ด้านครอบครัว

- | | |
|--|--|
| ☐ กำพรั | ☐ ครอบครัวแตกแยก/พ่อแม่แยกทาง |
| ☐ ครอบครัวอุปถัมภ์ | ☐ ได้รับการเลี้ยงดูไม่เหมาะสม |
| ☐ ได้รับผลกระทบจากการที่คนในครอบครัวต้องโทษจำคุก | ☐ ต้องดูแลบุคคลในครอบครัว |
| ☐ ต้องรับภาระหน้าที่ในครอบครัวเกินวัย/เกินความสามารถสติปัญญา | ☐ ตั้งครรภ์นอกสมรส |
| ☐ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตร | ☐ ถูกทอดทิ้ง |
| ☐ อยู่ตามลำพังไม่มีผู้ดูแล และมีปัญหาในการดำรงชีวิต | ☐ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม |
| ☐ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลไม่สามารถอุปการะเลี้ยงดูได้ | ☐ พ่อแม่ที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง/พ่อเลี้ยงเดี่ยว |
| ☐ แม่เฒ่าที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง/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/ทรมาน |
| ☐ ถูกบังคับขอรหัส | ☐ ถูกบังคับค้าประเวณี |
| ☐ ถูกล่อลวง | ☐ ถูกแสวงหาประโยชน์ทางเพศ |
| ☐ เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น | ☐ ถูกบังคับใช้แรงงาน |
| ☐ ถูกบังคับให้ประพฤติดีกกฎหมาย | |

6.8 ด้านการเข้าถึงสิทธิและความเป็นธรรมในสังคม

- ☐ ไม่มีค่าพาหนะเดินทางกลับภูมิลำเนา
- ☐ ไม่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐ
- ☐ ยังไม่ยื่นคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ
- ☐ 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)

บัญชีท้ายระเบียบลำดับที่

☐ค่าเลี้ยงดู ค่าพาหนะ สำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
☐เกี่ยวกับการศึกษาสำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
☐เงินทุนประกอบอาชีพ สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
☐ค่ารักษาพยาบาล สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
☐ค่ากายอุปกรณ์แก่เด็กพิการและทุพพลภาพ	1
☐อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยป้องกันและแก้ไขความพิการของเด็ก	1
☐ค่าใช้จ่ายในการส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม	2
☐ค่าอาหารระหว่างรอรับการสงเคราะห์ และระหว่างเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิม	2
☐ค่าพาหนะส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม	2
☐ค่าเช่าที่พักของผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม	2
☐ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระหว่างรอรับการสงเคราะห์	2
☐ระหว่างการเดินทางเพื่อรับการสงเคราะห์หรือกลับภูมิลำเนาเดิม	
☐เงินอุดหนุนเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน	3
☐ค่าเครื่องอุปโภคบริโภค	4,5,6,9,11
☐ค่าใช้จ่ายในการครองชีพตามความจำเป็น	4,5,6,9,11
☐ค่ารักษาพยาบาล เช่น ค่ายา ค่าอุปกรณ์การรักษา ค่าอาหารที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของทางราชการรวมถึงค่าพาหนะ ค่าอาหาร ระหว่างติดต่อรักษาพยาบาล	4,5,6,9,11
☐ค่าซ่อมแซมที่อยู่อาศัย	4,5,6,9,11
☐เงินทุนประกอบอาชีพ	9,10,11
☐เงินทุนประกอบอาชีพ รวมถึงการรวมกลุ่ม	4,5,6
☐ค่าอาหาร	7
☐ค่าเครื่องนุ่งห่ม	7
☐ค่าพาหนะเดินทาง ค่าอาหาร ค่าเครื่องนุ่งห่ม หรือค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้น	7
☐แก่ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง	8
☐เงินทุนประกอบอาชีพแก่สตรีที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว	10
☐ค่าวัสดุที่พักชั่วคราว	11
☐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 และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย
- ☐ส่งกลับภูมิลำเนาเดิม
- ☐อื่นๆ ระบุ

8. สวัสดิการที่เคยได้รับ

☐ 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

(.....)

ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับคำขอ

(.....)

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.หรือเจ้าหน้าที่หน่วยบริการในพื้นที่หรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐ
ที่ได้รับมอบหมายหรือได้รับคำขอนี้ หรืออาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.)

ส่วนนี้ สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้วินิจฉัย เท่านั้น

การพิจารณาให้ความช่วยเหลือ
ความเห็นของผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ
☐ ช่วยเหลือเป็นเงิน จำนวน บาท หรือ ☐ ช่วยเหลือเป็นสิ่งของ ระบุ ☐ อุปกรณ์การศึกษา ☐ เครื่องนุ่งห่ม ☐ นมผงสำหรับเด็ก ☐ อื่นๆ ระบุ..... ☐ อาหาร ☐ ยารักษาโรค ☐ เครื่องอุปโภคและบริโภค มูลค่าสิ่งของ จำนวน บาท ตามระเบียบ/ประกาศ/หนังสือ เงินอุดหนุนประเภท..... ลงชื่อผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ (.....) ตำแหน่ง เลขที่..... วันที่.....เดือนพ.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.....

รายละเอียดสำหรับการจ่ายเงิน เท่านั้น

1. รับด้วยตนเอง/มอบอำนาจรับแทน

☐ เงินสด ☐ เช็ค เลขที่..... ธนาคาร.....

หากมีการรับแทนโปรดระบุ เลขที่บัตรประชาชน

ชื่อ - นามสกุล..... ผู้รับแทน

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

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.....

☐ ระบุความช่วยเหลือ เนื่องจาก.....

การบูรณาการความช่วยเหลือร่วมกับหน่วยอื่น

หน่วยงานภายใน พม.

- | | | | |
|---|------------------------------------|--|--|
| ☐ 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..... |
| ☐ สด. หน่วยงาน..... | ☐ เงิน..... | ☐ สิ่งของ ระบุ..... | ☐ อื่นๆ ระบุ..... |
| ☐ กคช. หน่วยงาน..... | ☐ เงิน..... | ☐ สิ่งของ ระบุ..... | ☐ อื่นๆ ระบุ..... |
| ☐ พอช. หน่วยงาน..... | ☐ เงิน..... | ☐ สิ่งของ ระบุ..... | ☐ อื่นๆ ระบุ..... |

หน่วยงาน/องค์กร ภายนอก

- | | | |
|--|------------------------------------|--|
| ☐ เหล่ากาชาดอำเภอ/จังหวัด..... | ☐ เงิน..... | ☐ สิ่งของ ระบุ..... |
| ☐ อบต./เทศบาล/อำเภอ..... | ☐ เงิน..... | ☐ อื่นๆ ระบุ..... |
| ☐ มูลนิธิ/องค์กร/เครือข่าย..... | ☐ เงิน..... | ☐ อื่นๆ ระบุ..... |
| ☐ หน่วยงานรัฐในพื้นที่ ระบุ..... | ☐ เงิน..... | ☐ อื่นๆ ระบุ..... |
| ☐ สำนักงานองคมนตรี..... | ☐ เงิน..... | ☐ อื่นๆ ระบุ..... |
| ☐ เงินบริจาค/ช่วยเหลือจากบุคคลทั่วไป จำนวน..... | บาท | |

แบบคำขอรับความช่วยเหลือกรณีผู้ตกทุกข์ได้ยากกลับภูมิลำเนาเดิม

ข้อมูลผู้ขอรับความช่วยเหลือ

ชื่อ - สกุล.....บ้านเลขที่.....

ปัญหาความเดือดร้อน

- ☐ เดินทางมาทำงานทำ ☐ ถูกเลิกจ้าง ทำงานแล้วไม่ได้รับค่าจ้าง ☐ ถูกล่อลวง
☐ เดินทางมาหาคู่สมรส , ญาติ ☐ เดินทางมารับการรักษาพยาบาล ☐ อื่นๆ ระบุ.....

ความต้องการช่วยเหลือเพิ่มเติม เมื่อกลับภูมิลำเนา

- ☐ ต้องการฝึกอาชีพ ☐ ต้องการค่าใช้จ่ายด้านการศึกษาบุตร
☐ ต้องการเงินทุนประกอบอาชีพ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

กรณีผู้ตกทุกข์ได้ยากในต่างประเทศ ให้กรอกข้อมูลต่อไปนี้ด้วย

เดินทางไปต่างประเทศเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สถานที่ทำงาน/พักอาศัย.....

จุดประสงค์ที่เดินทางไป.....

ผู้จัดส่ง (นาย/นาง/นางสาว/บริษัท).....

สาเหตุที่เดินทางกลับ.....

จากประเทศ.....เดินทางกลับถึงประเทศไทยเมื่อวันที่.....

โดยเที่ยวบิน.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับความช่วยเหลือ

(.....)

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

ลงชื่อ.....นักสังคมสงเคราะห์/เจ้าหน้าที่

(.....)

โทรศัพท์.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี
ในการขอรับค่าเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ

ชื่อผู้ป่วย นาย/นาง/น.ส./ด.ช./ด.ญ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดนนทบุรี หมายเลขโทรศัพท์.....
อาชีพ.....รายได้.....บาท/วัน/สัปดาห์/เดือน ป่วยด้วยโรค.....
.....สถานพยาบาลที่รักษา.....
ความถี่ในการรักษา.....ครั้ง/สัปดาห์/เดือน/ปี สิทธิการรักษา ☐ บัตรทอง ☐ บัตรคนพิการ ☐ ประกันสังคม
☐ ข้าราชการ..... ☐ อื่นๆ..... สิทธิสวัสดิการเคยได้รับจาก.....
☐ เป็นผู้ป่วยในพระราชานุญาต ปัจจุบันอยู่ในเขตพื้นที่ เทศบาล/อบต.....
การเดินทางด้วยพาหนะ ☐ ส่วนตัว ☐ หน่วยงานของรัฐ/มูลนิธิ ☐ รถรับจ้าง..... ☐ อื่นๆ(ระบุ).....
ระยะทาง(ไป-กลับ) จากที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัดนนทบุรี ถึง สถานพยาบาล ตามรายการดังนี้
1.สถานพยาบาล.....ระยะทาง.....กิโลเมตร เป็นเงิน.....บาท
2.สถานพยาบาล.....ระยะทาง.....กิโลเมตร เป็นเงิน.....บาท
3.สถานพยาบาล.....ระยะทาง.....กิโลเมตร เป็นเงิน.....บาท

แผนที่ตั้งบ้านพักของผู้ป่วยที่ยากไร้ฯ พอสั่งเซป

บุคคลที่สามารถติดต่อได้/ผู้ดูแลผู้ป่วย ชื่อ-สกุล.....
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจสอบแล้วพบว่าข้อมูลส่วนใดส่วนหนึ่งไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ระงับการช่วยเหลือและคืนเงินค่าพาหนะเดินทางที่ได้รับตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับความช่วยเหลือ (ผู้ป่วย/ผู้ดูแล)
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับเรื่อง ลงชื่อ.....ผู้รับรองข้อมูล (เจ้าหน้าที่ เทศบาล/อบต.)
(.....) (.....)

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง.....

