

Handwritten signature and date: ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๘

ที่ นบ ๕๑๐๑๑ / ๒๒๖๕

กองพุทธศาสน์และงบประมาณ  
เลขรับ 1302-5 พ.ย. 2568  
วันที่.....  
เวลา 13.43 น.



ส.ป. กสส.  
ก.ย. กจ.  
ก.ค. ส.น.ท.บ.  
ก.ช. ส.ร.บ.  
ก.สส.  
ก.ค.

เทศบาลเมืองบางศรีเมือง  
เลขรับ 5100  
วันที่ 29 ต.ค. 2568  
เวลา 13.06 น.

องค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี  
ถนนรัตนาธิเบศร์ อำเภอเมืองนนทบุรี  
จังหวัดนนทบุรี 11130

๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๘

วันที่ 29 พ.ค. 2568  
เวลา 13.07 น.

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์การดำเนินงานโครงการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

เรียน นายกเทศมนตรีเมืองบางศรีเมือง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี พ.ศ. ๒๕๖๘ และแก้ไขเพิ่มเติม จำนวน ๑ ชุด
- ๒. เอกสารประกอบในการยื่นคำขอ จำนวน ๑ ชุด

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

ในการนี้ เพื่อให้โครงการดังกล่าวบรรลุวัตถุประสงค์ องค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี จึงขอความร่วมมือมายังหน่วยงานของท่านประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในเขตพื้นที่ที่ทราบเกี่ยวกับประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ โดยผู้ป่วยที่ยากไร้ดำเนินการขอรับการสงเคราะห์จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ก่อน ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่ยากไร้ที่มีความประสงค์ขอรับความช่วยเหลือการสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับการรักษาพยาบาล ตามระเบียบข้างต้นนั้น สามารถยื่นคำขอ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ หรือสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มต่างๆ ได้จากเว็บไซต์ <http://www.nont-pro.go.th>

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและขอขอบคุณล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

พันตำรวจเอก [Signature]

(ธงชัย เย็นประเสริฐ)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี

กองสวัสดิการสังคม  
ฝ่ายสังคมสงเคราะห์  
โทรศัพท์ ๐ ๒๕๒๗ ๘๐๐๓ / โทรสาร ๐ ๒๑๕๗ ๓๘๖๓  
ผู้ประสานงาน นางสาวหทัยา เจ๊ะหนู่ม โทร ๐๙ ๔๓๔๐ ๙๘๘๙



ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดน่าน  
เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดน่าน  
พ.ศ. ๒๕๖๔

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

ดังนั้น เพื่อให้การอนุมัติการสงเคราะห์ช่วยเหลือประชาชนที่เจ็บป่วยซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดน่าน การให้ความช่วยเหลือหรือดำเนินการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล อาศัยอำนาจตามมาตรา ๓๕/๕ (๔) แห่งพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๔๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ข้อ ๙ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐ ประกอบมติที่ประชุมคณะกรรมการพิจารณาค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดน่าน ครั้งที่ ๑/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ จึงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดน่าน เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าพาหนะ) เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ ดำเนินการตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐ และหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ที่ มท ๐๘๐๘.๒/๒๐๒๕๑ ลงวันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ เรื่อง ทารือการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดน่าน ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดน่าน เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดน่าน 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) มีภูมิลำเนาในเขตจังหวัดน่าน

(๓) ได้เข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลของรัฐส่งต่อการรักษาไปยังสถานพยาบาลเอกชนโดยสิทธิสวัสดิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่ต้นสังกัดส่งตัวไป

ข้อ ๕ ผู้ป่วยที่ยากไร้ได้ดำเนินการขอรับการสงเคราะห์จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรีแล้วไม่เพียงพอ หรือไม่ได้รับการสงเคราะห์เนื่องจากถูกจำกัดด้วยงบประมาณ องค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรีสามารถให้การสงเคราะห์เพิ่มเติมได้ตามที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๒,๐๐๐ บาท ต่อคน และไม่เกินสามครั้งต่อคนต่อปีงบประมาณ

ในกรณีผู้ป่วยที่ยากไร้มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีความจำเป็นจะต้องได้รับการสงเคราะห์มากกว่าสามครั้ง องค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรีจะดำเนินการขอความเห็นชอบจากผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นรายกรณีไป

ข้อ ๖ การขอรับการสงเคราะห์

(๑) ผู้ป่วยที่ยากไร้หรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ยากไร้ ยื่นแบบขอรับการสงเคราะห์ตามแบบที่กำหนดต่อเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลที่ตนพักอาศัยอยู่ปัจจุบัน และให้เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลส่งคำขอรับการสงเคราะห์ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี เพื่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรีจะจัดส่งคำขอรับการสงเคราะห์ไปยังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรีต่อไป 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) แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรีในการขอรับค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (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 ให้เบิกค่าพาหนะเดินทางเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิดอัตราที่กฎหมายว่าด้วยการขนส่งทางบกและเรือกลเดินประจำทางตามกฎหมายว่าด้วยการเดินเรือในน่านน้ำไทยกำหนด เว้นแต่กรณีผู้ป่วยที่ยากไร้ถูกเรียกเก็บเงินค่าพาหนะเกินกว่าอัตรากฎหมายกำหนด ให้เบิกจ่ายค่าพาหนะได้เท่าที่จ่ายจริงใช้ระบบ GPS มาประกอบการคำนวณระยะทาง โดยให้อยู่ในดุลพินิจคณะกรรมการพิจารณาค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี ทั้งนี้ ให้ความหมายรวมถึงยานพาหนะอื่นใดที่ให้บริการขนส่งบุคคลทั่วไปเป็นปกติโดยมีเส้นทางอัตราค่าโดยสารที่แน่นอน

หากผู้ป่วยที่ยากไร้ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ยากไร้มีความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ สามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม สำนักงานองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี (แห่งที่ ๒) เลขที่ ๑๙ ถนนประชาราษฎร์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๒ ๕๒๗ ๘๐๐๓ โทรสาร ๐๒ ๕๒๗ ๘๐๐๕ ในวันเวลาทำการของทางราชการ

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔

พันตำรวจเอก

(สงชัย เอ็นประเสริฐ)

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 ๐๘๐๘๒/ว ๒๕๑๑ 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 ๕ ให้ยกเลิกความในวรรคสองของข้อ ๘ แห่งประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี ลงวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๔ และให้ใช้ความดังต่อไปนี้แทน

“วิธีการจ่ายเงินสงเคราะห์เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าพาหนะ) เข้ารับการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยที่ยากไร้ องค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรีจะโอนเงินผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์ ในชื่อบัญชีของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ดังนี้”

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ....๓๑...เดือน ...พฤษภาคม.....พ.ศ. ๒๕๖๕

พันตำรวจเอก



(ธงชัย เย็นประเสริฐ)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี

แบบแสดงความสามารถขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี  
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.....  
 เป็นผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ 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 พอสั่งเขบ

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจสอบแล้วพบว่า ข้อมูลส่วนใดส่วนหนึ่งไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ระงับการช่วยเหลือและคืนเงินค่าพาหนะเดินทางที่ได้รับตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี

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

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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.....

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 (ต.ช./ต.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  
ความสัมพันธ์ของผู้ปกครอง  ปู่  ย่า  ตา  ยาย  ลุง  ป้า  น้า  อา  ไม่มีความสัมพันธ์  อื่นๆ.....  
สาเหตุของการอุปการะ บิดา  หอดทิ้ง  เสียชีวิต  ต้องโทษจำคุก  อื่นๆ ระบุ.....  
มารดา  หอดทิ้ง  เสียชีวิต  ต้องโทษจำคุก  อื่นๆ ระบุ.....





### 5. ประเภทผู้ขอรับบริการ

- ครอบครัวของเด็ก/เด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน
- ผู้ตกทุกข์ได้ยากที่ขอให้ช่วยเหลือส่งกลับภูมิลำเนาเดิม
- ผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน
- ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยที่ประสบความเดือดร้อนหรือผู้ไร้ที่พึ่ง
- ครอบครัวคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการและประสบปัญหาความเดือดร้อน
- สตรีหรือครอบครัวที่ประสบปัญหาทางสังคม
- ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนและมีความจำเป็นในเรื่องต่างๆ
- ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง
- สตรีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีผู้อยู่ในอุปการะ
- สตรีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ไม่ได้ติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะคนในครอบครัวที่ติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์
- สตรีที่ติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู
- สตรีที่สามีย้าย หรือเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะเลี้ยงดูบุคคลในครอบครัว
- ครอบครัวที่เป็นหัวหน้าครอบครัวติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีผู้อยู่ในอุปการะ
- ครอบครัวที่เป็นหัวหน้าครอบครัวไม่ได้ติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์
- ครอบครัวที่หัวหน้าครอบครัวถึงแก่กรรมด้วยโรคเอดส์
- ผู้ติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู
- ราษฎรบนพื้นที่สูง ซึ่งเป็นชาวเขาประสบปัญหาความเดือดร้อน

### 6. สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

#### 6.1 ด้านที่อยู่อาศัย

- ไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย
- ไม่มีที่อยู่อาศัย
- สภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมต่อการพักอาศัย
- เร่ร่อน

#### 6.2 ด้านสุขภาพอนามัย

- ติดเชื่อเอดส์ (HIV)/ ป่วยด้วยโรคเอดส์
- บ่วยเป็นโรคร้ายแรง
- ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน
- ผู้ป่วยทางจิต
- หลงลืมชราภาพ
- ได้รับผลกระทบจากเชื้อเอดส์/ป่วยด้วยโรคเอดส์
- เจ็บป่วยเรื้อรัง
- ขาดแคลนกายอุปกรณ์/ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ
- ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ติดยาเสพติด
- โรคซึมเศร้า
- อื่นๆ ระบุ.....

#### 6.3 ด้านการศึกษา

- ขาดโอกาสทางการศึกษา
- ไม่มีทุนการศึกษา

#### 6.4 ด้านการมีงานทำ และมีรายได้

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

6.5 ด้านครอบครัว

- กำพร้า
- ครอบครัวอุปถัมภ์
- ได้รับความกระทบจากการที่คนในครอบครัวต้องโทษจำคุก
- ต้องรับภาระหน้าที่ในครอบครัวเกินวัย/เกินความสามารถสติปัญญา
- ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตร
- ถูกทอดทิ้ง
- อยู่ตามลำพังไม่มีผู้ดูแล และมีปัญหาในการดำรงชีวิต
- ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม
- ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลไม่สามารถอุปการะเลี้ยงดูได้
- พ่อแม่ที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง/พ่อเลี้ยงเดี่ยว
- แม่มีผู้ดูแลในตอนที่คลอดตามลำพัง/แม่เลี้ยงเดี่ยว
- ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน
- ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้
- ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางคืน ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน
- ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้
- ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านร่างกาย
- ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านจิตใจ
- ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านเพศ
- ครอบครัวมีหนี้สิน
- ครอบครัวมีภาวะเสี่ยงดูผู้ประสบปัญหา (อาทิ เด็กคนพิการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดยาเสพติด)
- ครอบครัวมีฐานะยากจน/ขาดแคลน
- ครอบครัวยากจน

6.6 ด้านความรุนแรงในครอบครัว/สังคม

- เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น
- ทารุณกรรมทางร่างกาย
- ทารุณกรรมทางจิตใจ
- ทารุณกรรมทางเพศ

6.7 ด้านการเป็นผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์

- ตกเป็นเครื่องมือแสวงหาผลประโยชน์อื่นๆ
- ถูกบังคับขบขทาทาน
- ถูกล่อลวง
- ถูกทารุณกรรม/กักขัง/หน่วงเหนี่ยว
- เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น
- ถูกบังคับค้าประเวณี
- ถูกบังคับให้ประพฤติดังกฎหมาย
- ถูกแสวงหาประโยชน์ทางเพศ
- ถูกบังคับใช้แรงงาน

6.8 ด้านการเข้าถึงสิทธิและความเป็นธรรมในสังคม

- ไม่มีคำพาหนะเดินทางกลับภูมิลำเนา
- ไม่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐ
- ยังไม่ยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ
- ไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎร
- ขอบุตรบุญธรรม
- การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมระหว่างเพศ
- ถูกรังเกียจเหยียดหยาม
- เคยต้องโทษ/ประสบปัญหาการใช้ชีวิตในสังคม
- ถูกละเมิดทางเพศ
- ได้รับความกระทบจากเหตุการณ์ความรุนแรงทางการเมือง
- ได้รับความกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบชายแดนภาคใต้
- ได้รับความกระทบจากภัยพิบัติภัยแล้ง/ภัยหนาว/วาทภัย/อุทกภัย/อัคคีภัย/แผ่นดินไหว
- ได้รับความกระทบจากมลภาวะ/สภาพแวดล้อม

6.9 ด้านสภาพปัญหาสังคมอื่นๆ

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

7. เรื่องขอรับความช่วยเหลือที่ต้องการ	
<p><b>7.1 ด้านเงิน (ใส่จำนวนเงินด้วย)</b></p> <p><input type="checkbox"/> .....ค่าเลี้ยงดู ค่าพาหนะ สำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน</p> <p><input type="checkbox"/> .....เกี่ยวกับการศึกษาสำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน</p> <p><input type="checkbox"/> .....เงินทุนประกอบอาชีพ สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน</p> <p><input type="checkbox"/> .....ค่ารักษาพยาบาล สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน</p> <p><input type="checkbox"/> .....ค่ากายอุปกรณ์แก่เด็กพิการและทุพพลภาพ</p> <p><input type="checkbox"/> .....อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยป้องกันและแก้ไขความพิการของเด็ก</p> <p><input type="checkbox"/> .....ค่าใช้จ่ายในการส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม</p> <p><input type="checkbox"/> .....ค่าอาหารระหว่างรอรับการสงเคราะห์ และระหว่างเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิม</p> <p><input type="checkbox"/> .....ค่าพาหนะส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม</p> <p><input type="checkbox"/> .....ค่าเช่าที่พักของผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม</p> <p><input type="checkbox"/> .....ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระหว่างรอรับการสงเคราะห์ ระหว่างการเดินทางเพื่อรับการสงเคราะห์หรือกลับภูมิลำเนาเดิม</p> <p><input type="checkbox"/> .....เงินอุดหนุนเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน</p> <p><input type="checkbox"/> .....ค่าเครื่องอุปโภคบริโภค</p> <p><input type="checkbox"/> .....ค่าใช้จ่ายในการครองชีพตามความจำเป็น</p> <p><input type="checkbox"/> .....ค่ารักษาพยาบาล เช่น ค่ายา ค่าอุปกรณ์การรักษา ค่าอาหารที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของทางราชการรวมถึงค่าพาหนะ ค่าอาหาร ระหว่างติดต่อรักษาพยาบาล</p> <p><input type="checkbox"/> .....ค่าซ่อมแซมที่อยู่อาศัย</p> <p><input type="checkbox"/> .....เงินทุนประกอบอาชีพ</p> <p><input type="checkbox"/> .....เงินทุนประกอบอาชีพ รวมถึงการรวมกลุ่ม</p> <p><input type="checkbox"/> .....ค่าอาหาร</p> <p><input type="checkbox"/> .....ค่าเครื่องนุ่งห่ม</p> <p><input type="checkbox"/> .....ค่าพาหนะเดินทาง ค่าอาหาร ค่าเครื่องนุ่งห่ม หรือค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง</p> <p><input type="checkbox"/> .....เงินทุนประกอบอาชีพแก่สตรีที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว</p> <p><input type="checkbox"/> .....ค่าวัสดุที่พักชั่วคราว</p> <p><input type="checkbox"/> .....อื่นๆ ระบุ .....</p>	<p>บัญชีท้ายระเบียบลําดับที่</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4,5,6,9,11</p> <p>4,5,6,9,11</p> <p>4,5,6,9,11</p> <p>4,5,6,9,11</p> <p>9,10,11</p> <p>4,5,6</p> <p>7</p> <p>7</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>10</p> <p>11</p> <p>1-11</p>
<p><b>7.2 ด้านสิ่งของ (ใส่จำนวน ชนิด รายการ ของสิ่งของด้วย)</b></p> <p><input type="checkbox"/> ..... เครื่องอุปโภคและบริโภค เช่น มุ้ง ผ้าห่มนอน แป้ง นม</p> <p><input type="checkbox"/> ..... อุปกรณ์การศึกษา <input type="checkbox"/> ..... อาหาร <input type="checkbox"/> ..... เครื่องนุ่งห่ม <input type="checkbox"/> ..... นมผงสำหรับเด็ก <input type="checkbox"/> ..... ยารักษาโรค</p> <p><input type="checkbox"/> ..... อื่นๆ ระบุ .....</p>	
<p><b>7.3 ความช่วยเหลืออื่นๆ</b></p> <p><input type="checkbox"/> .....ส่งไปทำกายภาพบำบัด <input type="checkbox"/> ..... ส่งเข้ารับการรักษา/บำบัด <input type="checkbox"/> ..... ติดตามหาญาติ</p> <p><input type="checkbox"/> .....เข้ารับบริการในศูนย์บริการผู้สูงอายุ หรืออยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์คนชรา หรือสถานที่อื่นที่เหมาะสม</p> <p><input type="checkbox"/> .....แยกผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรมไปพักอาศัยในสถานที่อื่นซึ่งมีความปลอดภัย</p> <p><input type="checkbox"/> .....นำผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพกาย สุขภาพจิต</p> <p><input type="checkbox"/> .....แจ้งความต่อพนักงานสอบสวนเพื่อดำเนินคดีต่อผู้กระทำผิดทารุณกรรม</p> <p><input type="checkbox"/> .....ให้คำแนะนำแก่ครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอยู่ด้วย เพื่อทำความเข้าใจให้สามารถดูแลผู้สูงอายุมิให้ถูกทารุณกรรมอีก</p> <p><input type="checkbox"/> .....ให้คำปรึกษาที่เกี่ยวกับคดีและเรื่องสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ</p> <p><input type="checkbox"/> .....ให้การฟื้นฟูสภาพร่างกาย สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ให้กลับไปสู่สภาวะปกติ และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย</p> <p><input type="checkbox"/> .....ส่งกลับภูมิลำเนาเดิม</p> <p><input type="checkbox"/> .....อื่นๆ ระบุ .....</p>	

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

(.....)

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.)



การพิจารณาให้ความช่วยเหลือ

ความเห็นของผู้บริจาคในการช่วยเหลือ

- ช่วยเหลือเป็นเงิน จำนวน ..... บาท หรือ
- ช่วยเหลือเป็นสิ่งของ ระบุ  อุปกรณ์การศึกษา  อาหาร
- เครื่องนุ่งห่ม  ยารักษาโรค
- นมผงสำหรับเด็ก  เครื่องอุปโภคและบริโภค
- อื่นๆ ระบุ.....

มูลค่าสิ่งของ จำนวน ..... บาท

ตามระเบียบ/ประกาศ/หนังสือ

เงินอุดหนุนประเภท.....

ลงชื่อ .....ผู้บริจาคในการช่วยเหลือ  
(.....)

ตำแหน่ง .....

เลขที่.....

วันที่.....เดือน .....พ.ศ. ....

หมายเหตุ : ผู้บริจาคในการช่วยเหลือ ได้แก่

(๑) ผู้ซึ่งระเบียบ ประกาศ หรือหลักเกณฑ์ว่าด้วยการนั้น กำหนดให้เป็นผู้บริจาคในการช่วยเหลือ หรือ

(๒) นักสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ประกอบการวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ประกอบการวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต หรือเจ้าหน้าที่อื่นซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในความควบคุมของนักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ประกอบการวิชาชีพสังคมสงเคราะห์หรือผู้ประกอบการวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต หรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าส่วนราชการเจ้าของเงินอุดหนุน

ผลการพิจารณาให้ความช่วยเหลือของคณะกรรมการพิจารณาให้ความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม

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

- ทราบ (เร่งด่วน)
- คุณสมบัติผู้ประสบปัญหาทางสังคม
  - เห็นชอบ
  - ไม่เห็นชอบ ระบุเหตุผล.....

- วิธีการให้ความช่วยเหลือ
  - เห็นชอบ
  - ไม่เห็นชอบ ระบุเหตุผล.....

ความเห็นเพิ่มเติม.....

**รายละเอียดสำหรับการจ่ายเงิน เท่านั้น**

**1. รับผิดชอบเอง/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**

รับผิดชอบเอง

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.**

- |   |                                    |  |  |
|---|------------------------------------|--|--|
| <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.....
- สำนักงานองคมนตรี.....  เงิน.....  อื่นๆ ระบุ.....
- เงินบริจาค/ช่วยเหลือจากบุคคลทั่วไป จำนวน..... บาท

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

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

ค่าอาหารระหว่างเดินทาง .....คน.....วันๆละ.....บาท เป็นเงิน.....บาท

ค่าใช้จ่ายอื่นๆ (ขาดนม นมผง ยาสีฟัน รองเท้าแตะฯ).....เป็นเงิน.....บาท

เป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

ความเห็นของนักสังคมสงเคราะห์

เห็นควรสงเคราะห์ค่าพาหนะและค่าอาหารในการเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิม จังหวัด.....

แก่ (นาย/นาง/นางสาว).....เป็นเงินจำนวน .....บาท

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.....

เป็นผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ 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 พอสั่งเขบ

บุคคลที่สามารถติดต่อได้/ผู้ดูแลผู้ป่วย ชื่อ-สกุล.....

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจสอบแล้วพบว่า ข้อมูลส่วนใดส่วนหนึ่งไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ระงับการช่วยเหลือและคืนเงินค่าพาหนะเดินทางที่ได้รับตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี

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

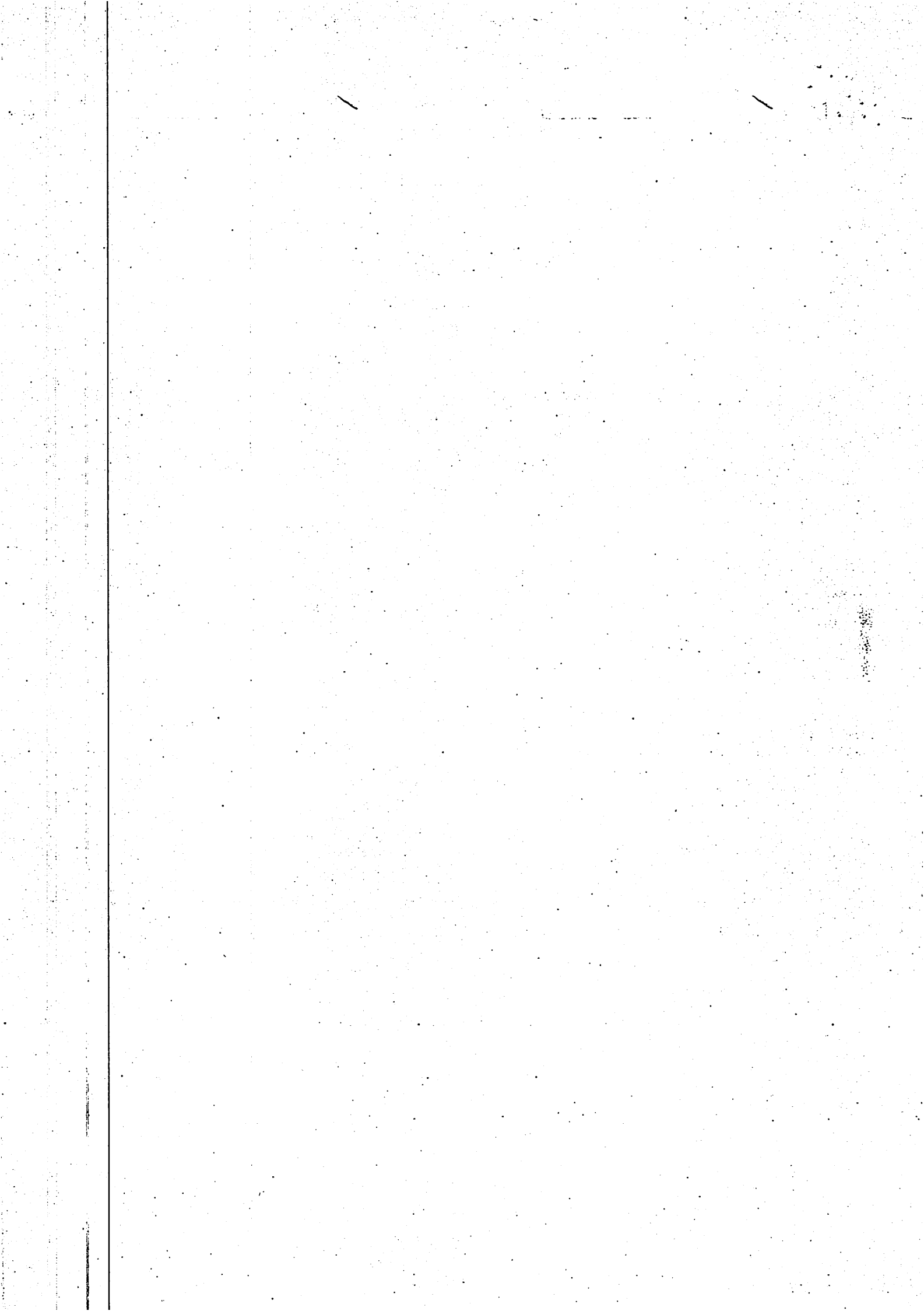
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับเรื่อง  
(.....)

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

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง.....



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.....

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  หอดทิ้ง  เสียชีวิต  ต้องโทษจำคุก  อื่นๆ ระบุ.....

มารดา  หอดทิ้ง  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
- หลงลืมซราภาพ
- ได้รับผลกระทบจากเชื้อเอดส์/ป่วยด้วยโรคเอดส์
- เจ็บป่วยเรื้อรัง
- ขาดแคลนกายอุปกรณ์/ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ
- ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- 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.....

6.5 ด้านครอบครัว

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

6.6 ด้านความรุนแรงในครอบครัว/สังคม

- เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น
- ทารุณกรรมทางจิตใจ
- ทารุณกรรมทางร่างกาย
- ทารุณกรรมทางเพศ

6.7 ด้านการเป็นผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์

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

6.8 ด้านการเข้าถึงสิทธิและความเป็นธรรมในสังคม

- ไม่มีคำพาหนะเดินทางกลับภูมิลำเนา
- ไม่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐ
- ยังไม่ยื่นคำขอมอบัตรประจำตัวคนพิการ
- 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		บัญชีท้ายระเบียบสาส์นที่
<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		2
<input type="checkbox"/> .....ระหว่างการเดินทางเพื่อรับการสงเคราะห์หรือกลับภูมิลำเนาเดิม		
<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		7
<input type="checkbox"/> .....แก่ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง		8
<input type="checkbox"/> .....เงินทุนประกอบอาชีพแก่สตรีที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว		10
<input type="checkbox"/> .....ค่าวัสดุที่พักชั่วคราว		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"/> .....แจ้งความต่อพนักงานสอบสวนเพื่อดำเนินคดีต่อผู้กระทำผิดทารุณกรรม		
<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.....

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.)



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 หรือผู้ประกอบการวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ประกอบการวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต หรือเจ้าหน้าที่อื่นซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในความควบคุมของนักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ประกอบการวิชาชีพสังคมสงเคราะห์หรือผู้ประกอบการวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต หรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าส่วนราชการเจ้าของเงินอุดหนุน

ผลการพิจารณาให้ความช่วยเหลือของคณะกรรมการพิจารณาให้ความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม

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

- ทราบ (เร่งด่วน)
- คุณสมบัติผู้ประสบปัญหาทางสังคม
  - เห็นชอบ
  - ไม่เห็นชอบ ระบุเหตุผล.....

- วิธีการให้ความช่วยเหลือ
  - เห็นชอบ
  - ไม่เห็นชอบ ระบุเหตุผล.....

ความเห็นเพิ่มเติม.....

**รายละเอียดสำหรับการจ่ายเงิน เท่านั้น**

**1. รับผิดชอบเอง/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**

รับผิดชอบเอง

ผู้รับแทน เลขที่บัตรประชาชน

ชื่อ-นามสกุล.....

ประสานส่งต่อไปยังหน่วยงาน ชื่อหน่วยงาน.....จังหวัด.....

- ..... ส่งไปทำกายภาพบำบัด     ..... ส่งเข้ารับการรักษา/บำบัด     ..... ส่งเข้าสถานสงเคราะห์/สถานคุ้มครอง
- ..... ขอบุตรบุญธรรม/ครอบครัวอุปถัมภ์     ..... ส่งเข้าฝึกอบรม/อาชีพ     ..... จัดหาอาชีพ
- ..... อื่นๆ ระบุ.....

**ช่วยเหลือด้านอื่นๆ**

- ..... ให้คำปรึกษา/แนะนำ     ..... ช่วยเหลือทางด้านกฎหมาย/คุ้มครองสิทธิ์     ..... ติดตามหาญาติ
- ..... ที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน     ..... อื่นๆ ระบุ.....
- ..... ระบุรับความช่วยเหลือ 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.....
- 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

ค่าอาหารระหว่างเดินทาง .....คน.....วันๆละ.....บาท เป็นเงิน.....บาท

ค่าใช้จ่ายอื่นๆ (ขวดนม นมผง ยาสีฟัน รองเท้าแตะฯ).....เป็นเงิน.....บาท

เป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

ความเห็นของนักสังคมสงเคราะห์

เห็นควรสงเคราะห์ค่าพาหนะและค่าอาหารในการเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิม จังหวัด.....

แก่ (นาย/นาง/นางสาว).....เป็นเงินจำนวน .....บาท

ลงชื่อ .....นักสังคมสงเคราะห์/เจ้าหน้าที่

(.....)

โทรศัพท์.....

วันที่ .....เดือน .....พ.ศ. ....