



แบบขอรับการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยากไร้ องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น

วันที่รับเรื่อง...../...../.....

1. ประเภทผู้ขอรับการช่วยเหลือ

- ☐ เด็ก/เยาวชน ☐ คนพิการ ☐ ผู้สูงอายุ ☐ ผู้มีรายได้น้อย
☐ คนไร้ที่พึ่ง(เร่ร่อน ขอดทาน) ☐ อื่นๆ.....

2. ข้อมูลผู้ขอรับการช่วยเหลือ

ชื่อ-สกุล..... เพศ.....
วัน/เดือน/ปี เกิด/...../..... อายุปี
เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....
เลขประจำตัวประชาชน..... โรคประจำตัว.....

สถานภาพ

- ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ สมรสแยกทางกัน ☐ หย่าร้าง
☐ ไม่สมรสแต่อยู่ด้วยกัน ☐ หม้ายคู่สมรสเสียชีวิต ☐ อื่นๆ.....

ระดับการศึกษา

- ☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ ประถมศึกษาตอนต้น ☐ ประถมศึกษาตอนปลาย
☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ อื่นๆ.....

อาชีพ

- ☐ ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน ☐ นักเรียน/นักศึกษา ☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ☐ เกษตรกร
☐ รับจ้าง ☐ พนักงานของรัฐ ☐ พนักงานบริษัท ☐ อื่นๆ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่..... ชื่อหมู่บ้าน..... หมู่ที่.....
ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....
จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

- ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ บ้านตนเอง ☐ บ้านญาติ ☐ บ้านเช่า
☐ บ้านพักของผู้ว่าจ้าง ☐ อื่นๆ

บ้านเลขที่..... ชื่อหมู่บ้าน..... หมู่ที่.....
ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....
จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

รายได้เฉลี่ย.....บาท ที่มาของรายได้ ☐ ด้วยตนเอง ☐ ผู้อื่นให้

3. สมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อาศัยร่วมกันจริงๆในปัจจุบัน)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล เลขที่บัตรประชาชน	วันเดือน ปีเกิด	เพศ	เกี่ยวข้องเป็น	อาชีพ	รายได้ต่อ เดือน	สุขภาพ

4. ปัญหาความเดือดร้อน

.....

5. ต้องการความช่วยเหลือ

.....

6. เคยได้รับการช่วยเหลือจากที่ใดบ้าง

.....

7. ความเห็นของเจ้าหน้าที่/ และการช่วยเหลือ (สำหรับเจ้าหน้าที่ อบต./เทศบาล)

.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับการช่วยเหลือ
 (.....)

หลักฐานประกอบคำขอรับการช่วยเหลือ

- | | |
|---|--------|
| 1. สำเนาบัตรประชาชน/สูติบัตร (รับรองสำเนาถูกต้อง) | 1 ฉบับ |
| -กรณีเป็นเด็ก แนวนำเนาบัตรประชาชนบิดาหรือมารดาด้วย | |
| -กรณีเป็นคนพิการ แนวนำเนาบัตรคนพิการ | |
| 2. สำเนาทะเบียนบ้าน (รับรองสำเนาถูกต้อง) | 1 ฉบับ |
| 3. สำเนาใบนัดแพทย์ (รับรองสำเนาถูกต้อง) | 1 ฉบับ |

แบบสอบถามเท็จจริง ผู้ประสบปัญหาความเดือดร้อน
องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น

1. ลำดับที่..... 2. วัน/เดือน/ปี/ที่รับเรื่อง.....
3. ชื่อ-นามสกุล (ขอรับการบริการ) นาย/นาง/นางสาว.....
4. ติดต่อขอรับการช่วยเหลือโดย.....
(ได้แก่ ญาติ หน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานภาคเอกชน อื่นๆ (ระบุ))
5. อายุ..... ปี 6. ระดับการศึกษา.....
7. บุคลิกลักษณะของผู้รับบริการ.....
8. เชื้อชาติ ☐ ไทย ☐ จีน ☐ อื่นๆ (ระบุ)
9. สัญชาติ ☐ ไทย ☐ จีน ☐ อื่นๆ (ระบุ)
10. ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม อื่นๆ (ระบุ)
11. สถานภาพการสมรส
☐ โสด ☐ สมรส ☐ อยู่ด้วยกัน ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง/แยกทาง
☐ แยกกัน ☐ เสียชีวิต
12. วัน/เดือน/ปีเกิด..... เลขหมายบัตรประชาชน.....
13. ภูมิลำเนาเดิมเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน
ตำบล..... อำเภอ/กิ่งอำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
14. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....
ตำบล..... อำเภอ/กิ่งอำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
15. อาชีพ..... รายได้..... บาท/เดือน/วัน
16. ลักษณะที่อยู่อาศัย
☐ เป็นบ้านของตนเอง ☐ บ้านเช่า ☐ บ้านของบิดามารดา/ญาติ
☐ บ้านเพื่อน/คนรู้จัก ☐ เช่าที่บุคคลอื่น ☐ บ้านพักขององค์กรเอกชน (ระบุ).....
สภาพภายในที่อยู่อาศัย.....
สภาพสิ่งแวดล้อม (ตั้งอยู่ใกล้สถานที่ฯ).....

17. สมาชิกภายในครอบครัว คน บุคคลที่อยู่ในความอุปการะ..... คน

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ	ความเกี่ยวข้อง	ศาสนา	การศึกษา	อาชีพ	รายได้	หมายเหตุ

18. สาเหตุปัญหาความเดือดร้อน.....

19. การครองชีพของผู้รับบริการและครอบครัว(รายรับ/รายจ่าย)

20. ประวัติของผู้รับบริการและครอบครัว

.....

.....

.....

.....

.....

21. เคยได้รับการช่วยเหลือจากที่ใดบ้าง

22. การวินิจฉัยปัญหา

.....

.....

.....

23. ความเห็นของนักสังคมสงเคราะห์ หรือเจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมายได้พิจารณาแล้วเห็นสมควรให้ความช่วยเหลือโดยอาศัยระเบียบการสงเคราะห์ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยและผู้ไร้ที่พึ่ง พ.ศ.2529ฯ เป็นเงินบาทสำหรับค่าครองชีพ ค่ารักษาพยาบาล

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ขอรับความช่วยเหลือ

ลงชื่อ ผู้สัมภาษณ์/เยี่ยมบ้าน

(.....)

ผู้แทนองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น

ลงชื่อเจ้าหน้าที่/นักสังคมสงเคราะห์

(.....)

ขั้นตอนการดำเนินการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย

ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐

