

แบบคำขอรับความช่วยเหลือจากศูนย์ช่วยเหลือประชาชนของเทศบาลตำบลสันกลาง  
ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต

งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัดเทศบาลตำบลสันกลาง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่

\*\*\*\*\*

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๑ ผู้ยื่นคำขอ/ข้อมูลผู้ที่ขอรับความช่วยเหลือ

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

๒. เลขบัตรประจำตัวประชาชน ----

๓. วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี ระดับการศึกษาสูงสุด.....

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

๕. สถานภาพ  โสด  สมรสอยู่ด้วยกัน  สมรสแยกกันอยู่  หย่าร้าง  
 ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน  หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

๖. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

เลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

๗. ที่อยู่ปัจจุบัน  ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

(กรณีเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ขอให้ทำเครื่องหมาย  และข้ามไปกรอกข้อต่อไป)

เลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

๘. สภาพที่อยู่อาศัย

มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองและมั่นคงถาวร  มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองแต่ไม่มั่นคงถาวร

อาศัยอยู่กับผู้อื่น  อยู่ในที่ดินบุคคลอื่น

บ้านเช่า  พื้นที่สาธารณะ

๙. อาชีพ

ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน  นักเรียน/นักศึกษา  ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว

ฝึกหัด/สามเณร/แม่ชี  เกษตรกร (ทำไร่/นา/สวน/เลี้ยงสัตว์/ประมง)

รับจ้าง  ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ  พนักงานรัฐวิสาหกิจ

พนักงานบริษัท  อื่นๆ ระบุ.....

๑๐. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

ที่มาของรายได้  ด้วยตนเอง  ผู้อื่นให้  เบี้ยยังชีพ

หนี้สินในระบบ.....บาท

หนี้สินนอกระบบ.....บาท

รายได้เฉลี่ยของครอบครัว.....บาท/เดือน

๑๑. บุตร จำนวน.....คน

- ๑๑.๑ ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี อาชีพ.....  
ที่อยู่.....โทร.....
- ๑๑.๒ ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี อาชีพ.....  
ที่อยู่.....โทร.....
- ๑๑.๓ ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี อาชีพ.....  
ที่อยู่.....โทร.....

๑๒. สมาชิกในครอบครัว (ไม่รวมผู้ขอรับความช่วยเหลือและต้องเป็นสมาชิกในครอบครัวเท่านั้น)

ลำดับ	เลขบัตรประชาชน	คำนำหน้า ชื่อ-สกุล	ว/ด/ป เกิด	อายุ	เพศ	ความสัมพันธ์ กับผู้ขอรับ ความช่วยเหลือ	อาชีพ	รายได้ ต่อวัน/ เดือนปี	สภาพทาง ร่างกาย			ช่วยเหลือ ตนเอง		ระดับ การศึกษา สูงสุด	
									ปกติ	พิการ	ป่วย เรื้อรัง	ได้	ไม่ได้		

๑๓. ประเภทผู้ขอความช่วยเหลือ

- ครอบครัวของเด็ก/เด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน
- ผู้ตกทุกข์ได้ยากที่ขอความช่วยเหลือส่งกลับภูมิลำเนาเดิม
- ผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน
- ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยที่ประสบความเดือดร้อนหรือผู้ไร้ที่พึ่ง
- ครอบครัวคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการและประสบปัญหาความเดือดร้อน
- สตรีหรือครอบครัวที่ประสบปัญหาทางสังคม
- ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนและมีความจำเป็นในเรื่องต่างๆ
- ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง
- สตรีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ติดเชืหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีผู้อยู่ในอุปการะ
- สตรีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ไม่ได้ติดเชืหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะคนในครอบครัวที่ติดเชืหรือป่วยด้วยโรคเอดส์
- สตรีที่ติดเชืหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ไม่มีผู้อยู่การะเลี้ยงดู
- สตรีที่สามีป่วย หรือเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะเลี้ยงดูบุคคลในครอบครัว
- ครอบครัวที่เป็นหัวหน้าครอบครัวติดเชืหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีผู้อยู่ในอุปการะ
- ครอบครัวที่เป็นหัวหน้าครอบครัวไม่ได้ติดเชืหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชืหรือป่วยด้วยโรคเอดส์
- ครอบครัวที่หัวหน้าครอบครัวถึงแก่กรรมด้วยโรคเอดส์
- ผู้ติดเชืหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ไม่มีผู้อยู่การะเลี้ยงดู
- ราษฎรบนพื้นที่สูง ซึ่งเป็นชาวเขาประสบปัญหาความเดือดร้อน
- อื่นๆ ระบุ.....

#### ๑๔. สภาพปัญหา

##### ด้านที่อยู่อาศัย

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย | <input type="checkbox"/> สภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะต่อการพักอาศัย |
| <input type="checkbox"/> ไม่มีที่อยู่อาศัย             | <input type="checkbox"/> เรื้อรอน                               |

##### ด้านสุขภาพอนามัย

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ป่วยด้วยโรคเอดส์     | <input type="checkbox"/> หลงลืมชราภาพ                                 | <input type="checkbox"/> ได้รับผลกระทบจากเชื้อเอชไอวี/ป่วยด้วยโรคเอดส์ |  |
| <input type="checkbox"/> ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง                        | <input type="checkbox"/> เจ็บป่วยเรื้อรัง                             | <input type="checkbox"/> ขาดแคลนอุปกรณ์/ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ      |  |
| <input type="checkbox"/> ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน | <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ |  |  |
| <input type="checkbox"/> ติดยาเสพติด                                | <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยทางจิต                                | <input type="checkbox"/> โรคมึนเศร้า                                   | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |

##### ด้านการมีงานทำ และมีรายได้

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ขอดาน               | <input type="checkbox"/> ขาดทักษะในการประกอบอาชีพ | <input type="checkbox"/> รายได้ไม่พอใช้จ่าย  |
| <input type="checkbox"/> ถูกเลิกจ้าง/ว่างงาน | <input type="checkbox"/> ถูกนายจ้างเอาเปรียบ      | <input type="checkbox"/> มีหนี้สิน           |
| <input type="checkbox"/> ไม่มีการออม         | <input type="checkbox"/> ไม่มีงานทำ               | <input type="checkbox"/> ไม่มีทุนประกอบอาชีพ |
| <input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้         | <input type="checkbox"/> ไม่มีอาชีพ               | <input type="checkbox"/> ยากจน/ไร้ที่พึ่ง    |
| <input type="checkbox"/> ไม่มีที่ดินทำกิน    | <input type="checkbox"/> รายได้ไม่แน่นอน          | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....     |

##### ด้านครอบครัว

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> กำพร้า   | <input type="checkbox"/> ครอบครัวแตกแยก/พ่อแม่แยกทาง                           |
| <input type="checkbox"/> ครอบครัวอุปถัมภ์   | <input type="checkbox"/> ได้รับการเลี้ยงดูไม่เหมาะสม                           |
| <input type="checkbox"/> ได้รับผลกระทบจากการที่คนในครอบครัวต้องโทษจำคุก   | <input type="checkbox"/> ต้องดูแลบุคคลในครอบครัว                               |
| <input type="checkbox"/> ต้องรับภาระหน้าที่ในครอบครัวเกินวัย/เกินความสามารถสติปัญญา                               | <input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์นอกสมรส                                      |
| <input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและไม่พร้อมในการเลี้ยงบุตร   | <input type="checkbox"/> ถูกทอดทิ้ง  |
| <input type="checkbox"/> อยู่ตามลำพังไม่มีผู้ดูแลและมีปัญหาในการดำรงชีวิต   | <input type="checkbox"/> ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม              |
| <input type="checkbox"/> ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลไม่สามารถอุปการะเลี้ยงดูได้  | <input type="checkbox"/> พ่อแม่ที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง/พ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว  |
| <input type="checkbox"/> แม่แม่ที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง/แม่เลี้ยงเดี่ยว  | <input type="checkbox"/> ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน |
| <input type="checkbox"/> ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางคืน ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน   | <input type="checkbox"/> ไม่สามารถเลี้ยงดูได้                                  |
| <input type="checkbox"/> ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านร่างกาย   | <input type="checkbox"/> ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านจิตใจ            |
| <input type="checkbox"/> ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ทางเพศ  | <input type="checkbox"/> ครอบครัวมีหนี้สิน                                     |
| <input type="checkbox"/> ครอบครัวมีภาระเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (อาทิ เด็กคนพิการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดยาเสพติด) |  |
| <input type="checkbox"/> ผู้อุปการะมีฐานะยากจน/ขาดแคลน  | <input type="checkbox"/> ครอบครัวยากจน   |

**๑๕. สิทธิสวัสดิการที่เคยได้รับ**

๑. ไม่เคย
๒. เคย อะไรบ้างในปีงบประมาณนี้ จำนวน.....ครั้ง รวมเป็นเงิน.....บาท ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)
- ๒.๑ เงินสงเคราะห์
  - ๒.๒ เงินทุนประกอบอาชีพ
  - ๒.๔ เบี้ยความพิการ
  - ๒.๕ เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
  - ๒.๖ สวัสดิการที่ได้จากการลงทะเบียนโครงการเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
  - ๒.๗ เงินซ่อมแซมบ้าน
  - ๒.๘ สวัสดิการอื่นจากภาครัฐ ระบุ.....
  - ๒.๙ สวัสดิการภาคเอกชน
  - ๒.๑๐ เงินกู้
  - ๒.๑๑ เครื่องช่วยความพิการ
  - ๒.๑๒ อื่นๆ ระบุ.....

**๑๖. การรับรองข้อมูลส่วนบุคคล**

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อมูลข้างต้นตรงตามความเป็นจริงทุกประการ หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ระงับสวัสดิการและประโยชน์อื่นๆ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสาร เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าพเจ้าและครอบครัว

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับความช่วยเหลือ

(.....)

ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับคำขอ

(.....)

ลงวันที่.....

แผนที่บ้าน ผู้ขอรับความช่วยเหลือ

ชื่อ - สกุล.....

รายงานการเยี่ยมบ้าน

๑. สภาพบ้าน/สภาพแวดล้อม/ความเป็นอยู่

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

๒. สภาพปัญหาความเดือดร้อนของผู้ขอรับความช่วยเหลือ

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

๓. การวิเคราะห์ข้อเท็จจริงจากการสัมภาษณ์และการเยี่ยมบ้าน

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่สอบข้อเท็จจริง/เยี่ยมบ้าน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....