

สมาชิกในครอบครัว (ไม่รวมผู้ประสบปัญหาทางสังคม)

ลำดับ	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ-สกุล	ว/ด/ป เกิด	อายุ	เพศ	ความ สัมพันธ์	อาชีพ	รายได้	สภาพร่างกาย			การช่วยเหลือ ตนเอง		การศึกษา	
									ปกติ	พิการ	ป่วย	ได้	ไม่ได้		

ประเภทผู้ขอรับบริการ

..... ผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน ยากจน เร่ร่อน ติดเชื้อ HIV / ผู้ป่วยเอดส์

..... ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ไร้สัญชาติ ตกอยู่ในกระบวนการค้ามนุษย์

..... ประสบภัยพิบัติ ขอรับอุปการะเด็ก ขอรับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ

..... ผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด ประชาชนในพื้นที่นิคมสร้างตนเอง ประชาชนบนพื้นที่สูง

..... ผู้พิการ ยังไม่เคยจดทะเบียนคนพิการ จดทะเบียนคนพิการ เมื่อวันที่..... วันหมดอายุ.....

..... ผู้สูงอายุ รับเบี้ยผู้สูงอายุแล้ว จังหวัดที่จดทะเบียน.....

ประเภทความพิการ ทางการเห็น ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย

..... ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ทางสติปัญญา ทางการเรียนรู้ ทางอหิสติก

สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

ประเภท: ผู้ประสบปัญหาทางสังคม กรณีฉุกเฉิน (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

..... ไม่มีคนอุปการะดูแล/ไร้ที่พึ่ง ไม่มีทุนประกอบอาชีพ รายได้ไม่เพียงพอต่อการครองชีพ

..... ไม่มีงานทำ ถูกเลิกจ้าง/นายจ้างเอาเปรียบ มีหนี้สิน

..... ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง ไม่มีทุนการศึกษา

..... ขาดโอกาสทางการศึกษา เป็นหัวหน้าครอบครัวยากจน ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้

..... ครอบครัวแตกแยก ตั้งครรภ์นอกสมรส เป็นโรคร้ายแรง/ป่วยเรื้อรัง

..... ดิตยาเสพติด ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชีวิตประจำวัน

..... ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลไม่สามารถอุปการะเลี้ยงดูได้ ได้รับผลกระทบจากการที่คนในครอบครัวต้องโทษ

..... เคยต้องโทษ/ประสบปัญหาการใช้ชีวิตในสังคม ได้รับกระทบจากภัยพิบัติ ภัยหนาว ภัยแล้ง อุทกภัย วาตภัย

..... ครอบครัวมีภาระเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (เด็ก/คนพิการ/ผู้สูงอายุ/ผู้ติดเชื้อเอดส์/ผู้ติดยาเสพติด) อัครภัย อื่นๆ.....

ประเภท: ยากจน (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

..... ไม่มีคนอุปการะดูแล/ไร้ที่พึ่ง ไม่มีทุนประกอบอาชีพ รายได้ไม่เพียงพอต่อการครองชีพ

..... ไม่มีงานทำ ถูกเลิกจ้าง/นายจ้างเอาเปรียบ มีหนี้สิน

..... ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง ไม่มีทุนการศึกษา

..... ขาดโอกาสทางการศึกษา เป็นหัวหน้าครอบครัวยากจน ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้

..... ครอบครัวแตกแยก ตั้งครรภ์นอกสมรส เป็นโรคร้ายแรง/ป่วยเรื้อรัง

..... ขาดเงินจัดการศพผู้สูงอายุ มีบุตรมาก เด็กอยู่ในครอบครัวยากจน

..... ไม่ได้รับการศึกษาตามเกณฑ์ ได้รับกระทบจากภัยพิบัติ ภัยหนาว ภัยแล้ง อุทกภัย วาตภัย

..... มีหนี้สิน ขอลาน เร่ร่อน

..... พันโท ดิตยาเสพติด หลงลืมชราภาพ

..... ได้รับผลกระทบจากการที่คนในครอบครัวต้องโทษ เคยต้องโทษ/ประสบปัญหาการใช้ชีวิตในสังคม

..... ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม อื่นๆ.....

..... ครอบครัวมีภาระเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (เด็ก/คนพิการ/ผู้สูงอายุ/ผู้ติดเชื้อเอดส์/ผู้ติดยาเสพติด)

..... ไม่มีคำพาหนะกลับภูมิลำเนา (ตอบแบบสัมภาษณ์คนไทยผู้ตกทุกข์ได้ยากกลับภูมิลำเนา)

..... ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลไม่สามารถอุปการะเลี้ยงดูได้

ประเภท: เร่รอน (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)		
<input type="checkbox"/> ไม่มีคนอุปการะดูแล/ไร้ที่พึ่ง	<input type="checkbox"/> ขอดาน	<input type="checkbox"/> ถูกทอดทิ้ง
<input type="checkbox"/> เร่รอน ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง	<input type="checkbox"/> ไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎร	<input type="checkbox"/> พลัดหลง
<input type="checkbox"/> รายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ	<input type="checkbox"/> ไม่มีงานทำ	<input type="checkbox"/> ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน
<input type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง	<input type="checkbox"/> มีหนี้สิน	<input type="checkbox"/> ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน
<input type="checkbox"/> เลี้ยงดูไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ครอบครัวแตกแยก	<input type="checkbox"/> พ่อแม่แยกทาง
<input type="checkbox"/> ครอบครัวมีการเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (เด็ก/คนพิการ/ผู้สูงอายุ/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ติดยาเสพติด)	<input type="checkbox"/> ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลไม่สามารถอุปการะเลี้ยงดูได้	<input type="checkbox"/> ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม
<input type="checkbox"/> ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชีวิตประจำวัน	<input type="checkbox"/> เป็นโรคร้ายแรง/ป่วยเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ติดเชื้อเอชไอวีหรือป่วยด้วยเอชไอวี
<input type="checkbox"/> ติดยาเสพติด	<input type="checkbox"/> หลงลืมชราภาพ	<input type="checkbox"/> อื่นๆ
ประเภท: ติดเชื้อ HIV / ผู้ป่วยเอชไอวี (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)		
<input type="checkbox"/> ไม่มีคนอุปการะดูแล/ไร้ที่พึ่ง	<input type="checkbox"/> เร่รอน ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง	<input type="checkbox"/> ไม่มีทุนประกอบอาชีพ
<input type="checkbox"/> รายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ	<input type="checkbox"/> ไม่มีงานทำ	<input type="checkbox"/> ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน
<input type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง	<input type="checkbox"/> มีหนี้สิน	<input type="checkbox"/> ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน
<input type="checkbox"/> เลี้ยงดูไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> เป็นหัวหน้าครอบครัวยากจน	<input type="checkbox"/> ครอบครัวแตกแยก
<input type="checkbox"/> ครอบครัวมีการเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (เด็ก/คนพิการ/ผู้สูงอายุ/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ติดยาเสพติด)	<input type="checkbox"/> ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชีวิตประจำวัน	<input type="checkbox"/> เป็นโรคร้ายแรง/ป่วยเรื้อรัง
<input type="checkbox"/> ติดเชื้อเอชไอวีหรือป่วยด้วยเอชไอวี		
ประเภท: ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)		
<input type="checkbox"/> ไม่มีคนอุปการะดูแล/ไร้ที่พึ่ง	<input type="checkbox"/> ไม่มีทุนประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> รายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ
<input type="checkbox"/> ไม่มีงานทำ	<input type="checkbox"/> มีหนี้สิน	<input type="checkbox"/> ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน
<input type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง	<input type="checkbox"/> ไม่มีทุนการศึกษา	<input type="checkbox"/> ขาดโอกาสทางการศึกษา
<input type="checkbox"/> ครอบครัวแตกแยก	<input type="checkbox"/> พ่อแม่แยกทาง	<input type="checkbox"/> กำพร้า
<input type="checkbox"/> เป็นโรคร้ายแรง/ป่วยเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ได้รับผลกระทบโรคเอดส์	
ประเภท: ไร้สัญชาติ (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)		
<input type="checkbox"/> ไม่มีคนอุปการะดูแล/ไร้ที่พึ่ง	<input type="checkbox"/> ถูกทอดทิ้ง	<input type="checkbox"/> พลัดหลง
<input type="checkbox"/> เร่รอน ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง	<input type="checkbox"/> ไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎร	<input type="checkbox"/> ไม่มีทุนประกอบอาชีพ
<input type="checkbox"/> ไม่มีงานทำ	<input type="checkbox"/> ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน	<input type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง
<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการศึกษาตามเกณฑ์	<input type="checkbox"/> ขาดโอกาสทางการศึกษา	<input type="checkbox"/> ตกเป็นเครื่องมือแสวงหาประโยชน์
<input type="checkbox"/> เด็กอยู่ในครอบครัวยากจน	<input type="checkbox"/> ครอบครัวแตกแยก	<input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์นอกสมรส
<input type="checkbox"/> ครอบครัวมีการเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (เด็ก/คนพิการ/ผู้สูงอายุ/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ติดยาเสพติด)		
ประเภท: ตกอยู่ในกระบวนการค้ามนุษย์ (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)		
<input type="checkbox"/> เร่รอน ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง	<input type="checkbox"/> ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ได้รับความเป็นธรรม
<input type="checkbox"/> ถูกทารุณกรรม/กักขัง/หน่วงเหนี่ยว	<input type="checkbox"/> ถูกบังคับให้ประพฤติดังกฎหมาย	<input type="checkbox"/> ถูกบังคับค้าประเวณี
<input type="checkbox"/> ถูกละเมิดทางเพศ/ข่มขืน	<input type="checkbox"/> ถูกล่อลวง	<input type="checkbox"/> ถูกบังคับข่มขืนทางจิตใจ
<input type="checkbox"/> ถูกบังคับใช้แรงงาน	<input type="checkbox"/> ถูกบังคับขอดาน	<input type="checkbox"/> ตกเป็นเครื่องมือแสวงหาประโยชน์
<input type="checkbox"/> ไม่มีค่าพาหนะเดินทางกลับภูมิลำเนา		
ประเภท: ประสบภัยพิบัติ (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)		
<input type="checkbox"/> ไม่มีทุนประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> มีหนี้สิน	<input type="checkbox"/> รายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ
<input type="checkbox"/> ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน	<input type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง	<input type="checkbox"/> ไม่มีทุนการศึกษา
<input type="checkbox"/> กำพร้า	<input type="checkbox"/> ครอบครัวมีการเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (เด็ก/คนพิการ/ผู้สูงอายุ/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ติดยาเสพติด)	
<input type="checkbox"/> ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์รุนแรง	<input type="checkbox"/> ได้รับกระทบจากภัยพิบัติ	<input type="checkbox"/> ภัยหนาว <input type="checkbox"/> ภัยแล้ง <input type="checkbox"/> อุทกภัย <input type="checkbox"/> วาตภัย
<input type="checkbox"/> ได้รับผลกระทบจากมลภาวะ/สภาพแวดล้อม	<input type="checkbox"/> ประสบปัญหาจากจังหวัดชายแดนภาคใต้	
ประเภท: ขอบุญธรรม (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)		
<input type="checkbox"/> ขอบุญธรรม	<input type="checkbox"/> ครอบครัวอุปถัมภ์	<input type="checkbox"/> อื่นๆ

ประเภท: ขอรับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

<input type="checkbox"/> ไม่มีคนอุปการะดูแล/ไร้ที่พึ่ง	<input type="checkbox"/> ถูกทอดทิ้ง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ได้รับความเป็นธรรม
<input type="checkbox"/> ถูกทารุณกรรม/กักขัง/หน่วงเหนี่ยว	<input type="checkbox"/> ถูกบังคับให้ประพฤติผิดกฎหมาย	<input type="checkbox"/> ถูกบังคับค้าประเวณี
<input type="checkbox"/> ถูกละเมิดทางเพศ/ข่มขืน	<input type="checkbox"/> ถูกล่อลวง	<input type="checkbox"/> ถูกบังคับข่มขืนทางจิตใจ
<input type="checkbox"/> ถูกบังคับใช้แรงงาน	<input type="checkbox"/> ถูกบังคับขอราน	<input type="checkbox"/> ครอบครัแตกแยก
<input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์นอกสมรส	<input type="checkbox"/> เลี้ยงดูไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> กำพรว้า
<input type="checkbox"/> ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ดิตยาเสพติด	<input type="checkbox"/> หลงลุ่มชราภาพ
<input type="checkbox"/> ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว		

ประเภท: ผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

<input type="checkbox"/> ไม่มีคนอุปการะดูแล/ไร้ที่พึ่ง	<input type="checkbox"/> ถูกทอดทิ้ง	<input type="checkbox"/> เร่ร่อน ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง
<input type="checkbox"/> ไม่มีทุนประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> รายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ	<input type="checkbox"/> ไม่มีงานทำ
<input type="checkbox"/> ถูกเลิกจ้าง/นายจ้างเอารัดเอาเปรียบ	<input type="checkbox"/> มีหนี้สิน	<input type="checkbox"/> ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน
<input type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง	<input type="checkbox"/> ไม่มีทุนการศึกษา	<input type="checkbox"/> ขาดโอกาสทางการศึกษา
<input type="checkbox"/> เป็นหัวหน้าครอบครัวยากจน	<input type="checkbox"/> มีบุตรมาก	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้
<input type="checkbox"/> เด็กอยู่ในครอบครัวยากจน	<input type="checkbox"/> ครอบครัวแตกแยก	<input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์นอกสมรส
<input type="checkbox"/> เลี้ยงดูไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ครอบครัวมีภาวะเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (เด็ก/คนพิการ/ผู้สูงอายุ/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ติดยาเสพติด)	
<input type="checkbox"/> ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลไม่สามารถอุปการะเลี้ยงดูได้	<input type="checkbox"/> ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม	
<input type="checkbox"/> เคยต้องโทษและประสบปัญหาการใช้ชีวิต	<input type="checkbox"/> เป็นโรคร้ายแรง/ป่วยเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ดิตยาเสพติด
<input type="checkbox"/> ไม่มีค่าพาหนะเดินทางกลับภูมิลำเนา		

ประเภท: พิการ (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

<input type="checkbox"/> ไม่มีที่อยู่อาศัย	<input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้	<input type="checkbox"/> รู้สึกด้อยกว่าผู้อื่น
<input type="checkbox"/> ถูกรังเกียจเหยียดหยาม	<input type="checkbox"/> ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ	<input type="checkbox"/> ครอบครัวหรือผู้อุปการะมีฐานะยากจน
<input type="checkbox"/> ไม่มีโอกาสเรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการฝึกอาชีพ	<input type="checkbox"/> ไม่มีทุนประกอบอาชีพ
<input type="checkbox"/> รายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ	<input type="checkbox"/> ถูกทอดทิ้งไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู	<input type="checkbox"/> มีความลำบากเมื่อออกนอกบ้าน
<input type="checkbox"/> ไม่ได้ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนหรือการปรับตัวที่เหมาะสม	
<input type="checkbox"/> ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน	<input type="checkbox"/> เงินไม่พอใช้จ่าย	

ความช่วยเหลือที่ต้องการ

สำหรับทุกประเภทผู้ขอรับบริการ ***ยกเว้นประเภทพิการ*** (เลือกได้ ๓ รายการ โดยใส่ตัวเลข ๑, ๒, ๓ ใน ตามลำดับสิ่งที่ต้องการ)

<input type="checkbox"/> เงินทุนประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์เด็กในครอบครัวยากจน	<input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ
<input type="checkbox"/> เงินทุนการศึกษา	<input type="checkbox"/> เงินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	<input type="checkbox"/> เงินค่าเดินทางกลับภูมิลำเนา
<input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์จัดการศพผู้สูงอายุ (กรณีกรอกนอกเอกสารเพิ่มเติม)	<input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี	
<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาล	<input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์คนพิการ	<input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย/คนไร้ที่พึ่ง
<input type="checkbox"/> เงินอุดหนุนช่วยเหลือค่าเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวอุปถัมภ์	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	

ด้านสิ่งของ

<input type="checkbox"/> อุปกรณ์การศึกษา	<input type="checkbox"/> อาหาร	<input type="checkbox"/> เครื่องนุ่งห่ม
<input type="checkbox"/> นมผงสำหรับเด็ก	<input type="checkbox"/> ยารักษาโรค	<input type="checkbox"/> เครื่องอุปโภคและบริโภค
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....		

ความช่วยเหลือที่ต้องการ (ความช่วยเหลืออื่นๆ)		
<input type="checkbox"/>ส่งไปทำกายภาพบำบัด	<input type="checkbox"/>ส่งเข้ารับการรักษา/บำบัด	<input type="checkbox"/>ติดตามหาญาติ
<input type="checkbox"/>รับเข้าสถานสงเคราะห์/สถานคุ้มครอง	<input type="checkbox"/>ขอบุตรบุญธรรม	<input type="checkbox"/>ขออนุมัติเป็นครอบครัวอุปถัมภ์
<input type="checkbox"/>ส่งเข้าฝีกอาชีพ	<input type="checkbox"/>จัดหาอาชีพ	<input type="checkbox"/>จัดหาที่อยู่อาศัย/ที่พำนัก
<input type="checkbox"/>ช่วยเหลือทางด้านกฎหมาย/คุ้มครองสิทธิ	<input type="checkbox"/>ซ่อมแซมบ้านผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/>ให้คำปรึกษา/แนะนำ
<input type="checkbox"/>ส่งกลับภูมิลำเนา	<input type="checkbox"/>อื่นๆ ระบุ.....	
*** สำหรับประเภทพิการเท่านั้น (เลือกได้ ๓ รายการ โดยใส่ตัวเลข ๑, ๒, ๓ ใน ตามลำดับสิ่งที่ต้องการจากมากไปน้อย)		
<input type="checkbox"/>จิตบำบัด	<input type="checkbox"/>เงินทุนประกอบอาชีพกายภาพบำบัดรักษาพยาบาล
<input type="checkbox"/>รักษาพยาบาล	<input type="checkbox"/>ฝึกการได้ยิน/ฟังแก้ไขการพูด
<input type="checkbox"/>ส่งเข้าทำงาน	<input type="checkbox"/>กิจกรรมบำบัด (ฝีกอาชีพ)ล่ามภาษามือ
<input type="checkbox"/>จัดหาสถานศึกษา	<input type="checkbox"/>ค่าใช้จ่ายในการศึกษาจัดหาผู้ดูแลคนพิการ
<input type="checkbox"/>เงินสงเคราะห์คนพิการในครอบครัว	<input type="checkbox"/>สื่ออุปกรณ์พิเศษทางการศึกษาให้คำปรึกษาแนะนำ
<input type="checkbox"/>ข้อมูลข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	เบี้ยยังชีพสำหรับคนพิการ
<input type="checkbox"/>เครื่องช่วยความพิการ	<input type="checkbox"/>แว่นตาดำ	<input type="checkbox"/>แว่นสายตา
	<input type="checkbox"/>ตาเทียม/เปลี่ยนแก้วตา	<input type="checkbox"/>ไม่เท่าตาบอด
	<input type="checkbox"/>เครื่องช่วยฟัง	<input type="checkbox"/>เรียนภาษามือ
	<input type="checkbox"/>รถโยก	<input type="checkbox"/>รถเข็น
	<input type="checkbox"/>ขาเทียม	<input type="checkbox"/>ไม้ค้ำยัน
	<input type="checkbox"/>อุปกรณ์อื่นๆ	<input type="checkbox"/>Walker
<input type="checkbox"/>อื่นๆ ระบุ.....		

การรับรอง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตรงความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ระงับสวัสดิการและประโยชน์อื่นๆ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับความช่วยเหลือ/ผู้ยื่นคำร้องแทน
(.....)
ลงวันที่.....

การยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลของผู้ขอรับความช่วยเหลือ

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและข้อมูลในบัตรประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้า ไปใช้แก่หน่วยงานของรัฐ และยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สืบถาม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาจัดสรรสวัสดิการ และหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามกฎหมายของรัฐ และหรือเพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้ถือว่าคุ้ฉบับ และบรรดาคำเนา ภาพถ่าย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสารที่ทำขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้า เช่นเดียวกัน

ยินยอม ไม่ยินยอม

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

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับเรื่อง
(.....) / สอบข้อเท็จจริง
ลงวันที่.....

ผลการสอบข้อเท็จจริง

๑. การตรวจเยี่ยมบ้าน

ตรวจเยี่ยมบ้านวันที่.....ชื่อ - สกุล ผู้เยี่ยมบ้าน.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....หมายเลขโทรศัพท์.....

สถานที่ตรวจเยี่ยม ที่พักอาศัย โรงพยาบาล สถานีตำรวจ เรือนจำ อื่นๆ ระบุ.....

สภาพที่อยู่อาศัย

สภาพปัญหาความเดือนร้อน

ความเห็นของนักสังคมสงเคราะห์ หรือ เจ้าหน้าที่ผู้สอบข้อเท็จจริง หรือ เจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมบ้าน

๒. สิทธิสวัสดิการที่เคยได้รับ (แนบเอกสารการตรวจสอบ (ถ้ามี))

๑. ไม่เคย

๒. เคย โปรดระบุความช่วยเหลือที่เคยได้รับ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ๒.๑ เงินสงเคราะห์
- ๒.๒ เงินทุนประกอบอาชีพ
- ๒.๓ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- ๒.๔ เบี้ยความพิการ
- ๒.๕ เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
- ๒.๖ สวัสดิการที่ได้จากการลงทะเบียนโครงการเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
- ๒.๗ เงินซ่อมแซมบ้าน
- ๒.๘ สวัสดิการภาครัฐ
- ๒.๙ สวัสดิการภาคเอกชน
- ๒.๑๐ เงินกู้
- ๒.๑๑ เครื่องช่วยความพิการ
- ๒.๑๒ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้สอบข้อเท็จจริง
(.....) /ผู้ตรวจเยี่ยมบ้าน

ตำแหน่ง.....

ลงวันที่.....ตรวจเยี่ยมบ้าน

เลขที่.....

แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ

KTB Corporate Online

วันที่ เดือน..... พ.ศ.

เรียน เลขาธิการกรม

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

เลขประจำตัวประชาชน

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

สำนัก/กอง/ศูนย์.....สังกัด กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม

อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ขอรับเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร มาเพื่อเป็นหลักฐานด้วยแล้ว

- กรณีเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ ที่สังกัดส่วนราชการผู้จ่าย
 - เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ใช้สำหรับรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....
 - เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารอื่น (ตามที่อธิบดีกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพอนุญาต) บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....
- กรณีเป็นบุคคลภายนอก เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

และเมื่อสำนักงานเลขานุการกรมโอนเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online แล้ว ให้ส่งข้อมูลการโอนเงิน ผ่านช่องทาง

- ข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ (SMS) ที่เบอร์โทรศัพท์.....
- จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ตาม e-mail address.....

ลงชื่อ.....ผู้มีสิทธิรับเงิน

(.....)

หมายเหตุ : เลขที่ของแบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online ให้ระบุหมายเลขกำกับเรียงกันไปทุกฉบับ เพื่อประโยชน์ในการจัดทำทะเบียนคุมการโอนเงิน