



## คู่มือสำหรับประชาชน การยื่นแบบคำขอเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : งานสังคมสงเคราะห์ งานสวัสดิการสังคม กองสวัสดิการสังคม  
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น : เทศบาลเมืองทุ่งสง

1. ชื่อกระบวนการ : การยื่นแบบคำขอเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ : กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองทุ่งสง
3. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ : รับแจ้ง
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง :
  - 1) ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548
6. ระดับผลกระทบ : บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ : ท้องถิ่น
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -  
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 วัน
9. ข้อมูลสถิติ  
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0  
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0  
จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน การยื่นแบบคำขอเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
11. ช่องทางการให้บริการ
  - 1) - งานสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม สำนักงานเทศบาลเมืองทุ่งสง อาคาร 1 ชั้น 2  
- ผ่านช่องทางออนไลน์ [www.thungsongcity.go.th](http://www.thungsongcity.go.th)  
ระยะเวลาเปิดให้บริการ (ไม่เว้นวันหยุดราชการ) ตั้งแต่เวลา 08:30 – 16:30 น.
12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต  
ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548 กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้  
**หลักเกณฑ์**  
มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548 ข้อ 9 และข้อ 16 (3) ดังต่อไปนี้
  1. มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่เทศบาลเมืองทุ่งสง ตำบลปากแพรก
  2. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้

### 13. ขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

#### การยื่นแบบคำขอเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ยื่นคำขอเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	
ผ่านช่องทางออนไลน์ <a href="http://www.thungsongcity.go.th">www.thungsongcity.go.th</a> 3 นาที/ราย	ผ่านช่องทาง ณ งานสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม สำนักงานเทศบาลเมืองทุ่งสง อาคาร 1 ชั้น 2 3 นาที/ราย
เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียนตรวจสอบ ความถูกต้องของเอกสารหลักฐาน 2 นาที/ราย	เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียนตรวจสอบ ความถูกต้องของเอกสารหลักฐาน 2 นาที/ราย
เจ้าหน้าที่รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการ ตรวจสอบคุณสมบัติ เสนอผู้บังคับบัญชา	เจ้าหน้าที่รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการ ตรวจสอบคุณสมบัติ เสนอผู้บังคับบัญชา
ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินตามที่ระเบียบกำหนด ภายในวันที่ 5 ของทุกเดือนถัดไป	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินตามที่ระเบียบกำหนด ภายในวันที่ 5 ของทุกเดือนถัดไป

### 14. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	จำนวนเอกสาร	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	แบบคำขอรับการสงเคราะห์	1	ฉบับ	-
2)	สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ สำเนาสูติบัตร (กรณีเด็ก)	1	ฉบับ	-
3)	สำเนาทะเบียนบ้าน	1	ฉบับ	-
4)	ใบรับรองแพทย์ ระบุว่า “โรคเอดส์” (ฉบับจริง) โดย โรงพยาบาลของรัฐ	1	ฉบับ	-
5)	สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร	1	ฉบับ	-

- การยื่นแบบคำขอเงินสงเคราะห์ ผู้ประสบปัญหาทางสังคม เพื่อประเมินการให้ความช่วยเหลือ ประสานไปยัง  
หน่วยที่เกี่ยวข้อง

หลักฐานการยื่นคำขอ

- 1) บัตรประจำตัวประชาชน (สำเนา)
- 2) ทะเบียนบ้าน (ที่เป็นปัจจุบัน) (สำเนา)

### 15. ค่าธรรมเนียม

- 1) ไม่มีค่าธรรมเนียม  
ค่าธรรมเนียม 0 บาท

## 16. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) ผ่านช่องทางออนไลน์ [www.thungsongcity.go.th](http://www.thungsongcity.go.th)
- 2) งานสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม สำนักงานเทศบาลเมืองทุ่งสง อาคาร 1 ชั้น 2
- 3) โทร 075-411039

17. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่ ..... / ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
เรียน .....

ด้วย (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ) ..... เลขประจำตัวประชาชน .....  
เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... อายุ ..... ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่ .....  
ถนน ..... ตรอก/ซอย ..... หมู่ที่ ..... ตำบล .....  
อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้เปราะบาง โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติมดังนี้

1. ที่พักอาศัย

- ( ) เป็นของตนเอง และมีลักษณะ ( ) ขาดทรุดโทรมมาก ( ) ขาดทรุดโทรมบางส่วน ( ) มั่นคงถาวรดี  
( ) เป็นของ ..... เกี่ยวข้องเป็น .....

2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง ..... สามารถเดินทางได้

- ( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก .....  
อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง ..... สามารถเดินทางได้  
( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก .....  
อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง ..... สามารถเดินทางได้  
( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก .....

3. การพักอาศัย

- ( ) อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก ..... มาประมาณ .....  
( ) พักอาศัยกับ ..... รวม ..... คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก ..... คน  
มีรายได้รวม ..... บาท/เดือน ผู้ที่ไม่ประกอบอาชีพได้เนื่องจาก .....

4. รายได้-รายจ่าย

มีรายได้รวม ..... บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้ .....  
นำไปใช้จ่ายเป็นค่า .....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ) ..... สถานที่ติดต่อเลขที่ .....  
ถนน ..... ตรอก/ซอย ..... หมู่ที่ ..... ตำบล .....  
อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... เกี่ยวข้องเป็น .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

..... ผู้ให้ข้อมูล  
(.....)

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..... ต.รอก.....

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  ทอดทิ้ง  เสียชีวิต  ต้องโทษจำคุก  อื่นๆ ระบุ.....

มารดา  ทอดทิ้ง  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
- เรื้อรัง

#### 6.2 ด้านสุขภาพอนามัย

- ติดเชื้อเอดส์ (HIV) ป่วยด้วยโรคเอดส์
- ป่วยเป็นโรคร้ายแรง
- ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน
- ผู้ป่วยทางจิต
- หลงลืมขราภาพ
- ได้รับผลกระทบจากเชื้อเอดส์/ป่วยด้วยโรคเอดส์
- เจ็บป่วยเรื้อรัง
- ขาดแคลนกายอุปกรณ์/ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ
- ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ติดยาเสพติด
- โรคซึมเศร้า
- อื่นๆ ระบุ.....

#### 6.3 ด้านการศึกษา

- ขาดโอกาสทางการศึกษา
- ไม่มีทุนการศึกษา

#### 6.4 ด้านการมีงานทำ และมีรายได้

- ขาดทุน
- ถูกเลิกจ้าง/ว่างงาน
- ไม่มีกรรม
- ไม่มีรายได้
- ไม่มีที่ดินทำกิน
- ขาดทักษะในการประกอบอาชีพ
- ถูกนายจ้างเอารัดเอาเปรียบ
- ไม่มีงานทำ
- ไม่มีอาชีพ
- รายได้ไม่แน่นอน
- รายได้ไม่พอใช้จ่าย
- มีหนี้สิน
- ไม่มีทุนประกอบอาชีพ
- ยากจน/ไร้ที่พึ่ง
- อื่นๆ ระบุ.....

6.5 ด้านครอบครัว

- กำพริ้ว
- ครอบครัวอุปถัมภ์
- ได้รับผลกระทบจากการที่คนในครอบครัวต้องโทษจำคุก
- ต้องรับการระงับหน้าที่ในครอบครัวเกินวัย/เกินความสามารถสติปัญญา
- ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตร
- อยู่ตามลำพังไม่มีผู้ดูแล และมีปัญหาในการดำรงชีวิต
- ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลไม่สามารถอุปการะเลี้ยงดูได้
- แม่เฒ่าที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง/แม่เลี้ยงเดี่ยว
- ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางคืน ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน
- ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านร่างกาย
- ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านเพศ
- ครอบครัวมีการละเมิดผู้ประสบปัญหา (อาทิ เด็กคนพิการ ผู้ติดเชื้อมีเอชไอวี ผู้ติดยาเสพติด)
- ผู้อุปการะมีฐานะยากจน/ขาดแคลน
- ครอบครัวแตกแยก/พ่อแม่แยกทาง
- ได้รับการเลี้ยงดูไม่เหมาะสม
- ต้องดูแลบุคคลในครอบครัว
- ตั้งครรภ์นอกสมรส
- ถูกทอดทิ้ง
- ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม
- พ่อแม่ที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง/พ่อเลี้ยงเดี่ยว
- ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน
- ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้
- ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านจิตใจ
- ครอบครัวมีหนี้สิน
- ครอบครัวมีฐานะยากจน

6.6 ด้านความรุนแรงในครอบครัว/สังคม

- เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น
- ทารุณกรรมทางร่างกาย
- ทารุณกรรมทางจิตใจ
- ทารุณกรรมทางเพศ

6.7 ด้านการเป็นผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์

- ตกเป็นเครื่องมือแสวงหาผลประโยชน์อื่นๆ
- ถูกบังคับขอรหัส
- ถูกล่อลวง
- เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น
- ถูกบังคับให้ประพฤติกฎหมาย
- ถูกทารุณกรรม/กักขัง/หน่วงเหนี่ยว
- ถูกบังคับค้าประเวณี
- ถูกแสวงหาประโยชน์ทางเพศ
- ถูกบังคับใช้แรงงาน

6.8 ด้านการเข้าถึงสิทธิและความเป็นธรรมในสังคม

- ไม่มีค่าพาหนะเดินทางกลับภูมิลำเนา
- ไม่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐ
- ยังไม่ยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ
- 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
<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	1
<input type="checkbox"/> ..... ค่าอาหารระหว่างรอรับการสงเคราะห์ และระหว่างเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิม	1
<input type="checkbox"/> ..... ค่าพาหนะส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม	1
<input type="checkbox"/> ..... ค่าเช่าที่พักของผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม	2
<input type="checkbox"/> ..... ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระหว่างรอรับการสงเคราะห์ ระหว่างการเดินทางเพื่อรับการสงเคราะห์หรือกลับภูมิลำเนาเดิม	2
<input type="checkbox"/> ..... เงินอุดหนุนเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน	2
<input type="checkbox"/> ..... ค่าเครื่องอุปโภคบริโภค	2
<input type="checkbox"/> ..... ค่าใช้จ่ายในการครองชีพตามความจำเป็น	2
<input type="checkbox"/> ..... ค่ารักษาพยาบาล เช่น ค่ายา ค่าอุปกรณ์การรักษา ค่าอาหารที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของทางราชการรวมถึงค่าพาหนะ ค่าอาหาร ระหว่างติดตอร์ักษาพยาบาล	2
<input type="checkbox"/> ..... ค่าซ่อมแซมที่อยู่อาศัย	3
<input type="checkbox"/> ..... เงินทุนประกอบอาชีพ	4,5,6,9,11
<input type="checkbox"/> ..... เงินทุนประกอบอาชีพ รวมถึงการรวมกลุ่ม	4,5,6,9,11
<input type="checkbox"/> ..... ค่าอาหาร	4,5,6,9,11
<input type="checkbox"/> ..... ค่าเครื่องนุ่งห่ม	4,5,6,9,11
<input type="checkbox"/> ..... ค่าพาหนะเดินทาง ค่าอาหาร ค่าเครื่องนุ่งห่ม หรือค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้น แก่ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง	4,5,6,9,11
<input type="checkbox"/> ..... เงินทุนประกอบอาชีพแก่สตรีที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว	4,5,6,9,11
<input type="checkbox"/> ..... ค่าวัสดุที่พักชั่วคราว	4,5,6,9,11
<input type="checkbox"/> ..... อื่นๆ ระบุ .....	9,10,11
7.2 ด้านสิ่งของ (ใส่จำนวน ชนิด รายการ ของสิ่งของด้วย)	
<input type="checkbox"/> ..... เครื่องอุปโภคและบริโภค เช่น มุ้ง ผ้าท่มนอน 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 .....	
7.3 ความช่วยเหลืออื่นๆ	
<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"/> ..... แจ้งความต่อนักงานสอบสวนเพื่อดำเนินคดีต่อผู้กระทำความผิดทารุณกรรม	
<input type="checkbox"/> ..... ให้คำแนะนำแก่ครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ 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 อบรมบ้างในปีงบประมาณนี้ 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.หรือเจ้าหน้าที่หน่วยบริการในพื้นที่หรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายหรือได้รับคำขอนี้ หรืออาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.)

ส่วนนี้ สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้วินิจฉัย เท่านั้น

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 หรือหลักเกณฑ์ว่าด้วยกรณีนั้น 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. 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/ที่พำนัก

..... 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 .....

ทอช. 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 .....

สำนักงานอสมตริ .....

เงิน .....

อื่นๆ ระบุ .....

เงินบริจาค/ช่วยเหลือจากบุคคลทั่วไป จำนวน .....

บาท

เลขที่ .....

แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ  
KTB Corporate Online

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

เรียน เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครศรีธรรมราช

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

เลขประจำตัวประชาชน

สำนัก/กอง/ศูนย์..... สังกัดกรม..... กระทรวง.....

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

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

เบอร์โทรศัพท์.....

- ขอรับเงินสวัสดิการ ค่าตอบแทน และยืมเงินราชการ
- ขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ประสบปัญหาทางสังคม
- ขอรับเงินสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
- ขอรับเงินสงเคราะห์เด็กในครอบครัวอุปถัมภ์
- ขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี
- ขอรับเงินอุดหนุนสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและผู้ไร้ที่พึ่ง
- ขอรับเงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุในภาวะยากลำบาก
- ขอรับเงินสงเคราะห์เด็กในครอบครัวยากจน
- อื่นๆ.....

โดยขอรับเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online และได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน เพื่อเป็นหลักฐานด้วยแล้ว

กรณีเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ ของหน่วยงาน เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ใช้สำหรับเงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทน

บัญชีเงินฝากธนาคาร..... สาขา..... ประเภท.....  
เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

กรณีเป็นบุคคลภายนอกเพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร..... สาขา.....  
ประเภท..... เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

และเมื่อ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครศรีธรรมราช โอนเงินสวัสดิการ ค่าตอบแทน และเงินบำนาญผ่านระบบ KTB Corporate Online แล้ว ให้ส่งข้อมูลการโอนเงินผ่านช่องทาง

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

ลงชื่อ..... ผู้มีสิทธิรับเงิน  
(.....)

## 18. หมายเหตุ

-

วันที่พิมพ์	
สถานะ	เผยแพร่บนเว็บไซต์แล้ว
จัดทำโดย	งานสวัสดิการสังคม
อนุมัติโดย	นายทรงชัย วงษ์วัชรดำรง
เผยแพร่โดย	