

ที่ สฎ ๐๐๒๓.๓/ว ๗๕๑



สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น  
จังหวัดสุราษฎร์ธานี  
ศาลากลางจังหวัดสุราษฎร์ธานี  
ถนนดอนนก อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี  
สฎ ๘๔๐๐๐

๑๗ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การขอรับกายอุปกรณ์สำหรับช่วยคนพิการ (รถสามล้อชนิดมือโยกสำหรับคนพิการ)

เรียน ท้องถิ่นอำเภอ ทุกอำเภอ (ยกเว้นอำเภอเกาะสมุย) นายกเทศมนตรี และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ทุกแห่ง  
สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ที่ สฎ ๐๐๐๕/๓๔๘๐ ลงวันที่ ๗ กันยายน ๒๕๖๕ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานีแจ้งว่า ได้ดำเนินงานภายใต้โครงการสนับสนุนเงินสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ สนับสนุนกายอุปกรณ์สำหรับคนพิการ (รถสามล้อชนิดมือโยก) เพื่ออำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ จากกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ในการให้ความช่วยเหลือคนพิการที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน ครอบครัวขัดสนขาดแคลน เพื่อเป็นการรองรับคนพิการที่ประสบปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ได้เข้าถึงสิทธิตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖ ด้านกายอุปกรณ์ เพื่อส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตอย่างอิสระในสังคม

จึงขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประชาสัมพันธ์การขอรับกายอุปกรณ์สำหรับช่วยคนพิการ (รถสามล้อชนิดมือโยกสำหรับคนพิการ) ให้คนพิการประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายที่มีความจำเป็นต้องใช้รถสามล้อชนิดมือโยก หากมีความต้องการรถสามล้อโยกสำหรับคนพิการขอให้กรอกแบบสอบถามเท็จจริงผู้รับบริการทางสังคม พร้อมแนบเอกสารหลักฐาน ดังนี้

๑. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมลงลายมือชื่อ ๑ ชุด
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมลงลายมือชื่อ ๑ ชุด
๓. ใบรับรองแพทย์ (แพทย์ต้องระบุว่า สามารถใช้รถสามล้อชนิดมือโยกได้)
๔. รูปถ่ายเต็มตัวของคนพิการ จำนวน ๑ รูป

และส่งเอกสารหลักฐานไปยังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป สำหรับสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอเพื่อทราบและประสานงาน

ขอแสดงความนับถือ

(นายศิริศักดิ์ รังเล็ก)

ท้องถิ่นจังหวัดสุราษฎร์ธานี

กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น

โทรศัพท์ ๐ ๗๗๒๗ ๒๒๑๘



2058/65 จว ๙ น.อ. ๒๕๖๕

สำนักงานส่งเสริมการค้าในต่างประเทศ

จังหวัดสงขลา 2681

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคง

ของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๓๕๖๒

ม.๙ ต.ขุนทะเล อ.เมือง จ.สุ ๘๔๑๐๐

ที่ สฎ ๐๐๐๕/ ๓๕๖๕

๗ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การขอรับกายอุปกรณ์สำหรับช่วยคนพิการ (รถสามล้อชนิดมือโยกสำหรับคนพิการ)

เรียน ท้องถิ่นจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ด้วย สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้ดำเนินงานภายใต้โครงการสนับสนุนเงินสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ สนับสนุนกายอุปกรณ์สำหรับคนพิการ (รถสามล้อชนิดมือโยก) เพื่ออำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ จากกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ในการให้ความช่วยเหลือคนพิการที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน ครอบครัวขัดสนขาดแคลน เพื่อเป็นการรองรับคนพิการที่ประสบปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ได้เข้าถึงสิทธิตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.๒๕๕๐ แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖ ด้านกายอุปกรณ์ เพื่อส่งผลต่อการดำรงชีวิตอย่างอิสระในสังคม

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์คนพิการประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ที่มีความจำเป็นต้องใช้รถสามล้อชนิดมือโยก ทั้งนี้หากคนพิการที่มีความต้องการรถสามล้อโยกสำหรับคนพิการ ขอให้กรอกแบบสอบถามเพื่อแจ้งจริงผู้รับบริการทางสังคม พร้อมแนบเอกสารหลักฐานดังนี้

๑. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมลงลายมือชื่อ ๑ ชุด
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมลงลายมือชื่อ ๑ ชุด
๓. ใบรับรองแพทย์ (แพทย์ต้องระบุว่า สามารถใช้รถสามล้อชนิดมือโยกได้)
๔. รูปถ่ายเต็มตัวของคนพิการ จำนวน ๑ รูป

และส่งเอกสารหลักฐานมายัง สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี ทั้งนี้สามารถดาวน์โหลดแบบสอบถามเพื่อแจ้งจริงผู้รับบริการทางสังคมได้จาก QR code ท้ายหนังสือนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุชาติ แสงพรหม)

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด

โทร ๐ ๗๗๓๓ ๐๘๑๖/โทรสาร ๐ ๗๗๓๕ ๕๐๘๐ กต ๒



สำหรับ เจ้าหน้าที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เท่านั้น

ครั้งที่..... ปี.....

เลขที่แบบบันทึก..... วันที่รับเรื่อง.....

การเข้ารับบริการ  Walk in  ออกหน่วยเคลื่อนที่  สำรอง  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  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
  - เร่ร่อน
- 6.2 ด้านสุขภาพอนามัย
- ติดเชื้อเอดส์ (HIV)/ ป่วยด้วยโรคเอดส์
  - ป่วยเป็นโรคร้ายแรง
  - ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน
  - ผู้ป่วยทางจิต
  - หลงลืมชราภาพ
  - ได้รับผลกระทบจากเชื้อเอดส์/ป่วยด้วยโรคเอดส์
  - เจ็บป่วยเรื้อรัง
  - ขาดแคลนกายอุปกรณ์/ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ
  - ไม่ได้ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
  - ติดยาเสพติด
  - โรคซึมเศร้า
  - อื่นๆ ระบุ.....
- 6.3 ด้านการศึกษา
- ขาดโอกาสทางการศึกษา
  - ไม่มีทุนการศึกษา
- 6.4 ด้านการมีงานทำ และมีรายได้
- ขอดาน
  - ถูกเลิกจ้าง/ว่างงาน
  - ไม่มีการออม
  - ไม่มีรายได้
  - ไม่มีที่ดินทำกิน
  - ขาดทักษะในการประกอบอาชีพ
  - ถูกนายจ้างเอารัดเอาเปรียบ
  - ไม่มีงานทำ
  - ไม่มีอาชีพ
  - รายได้ไม่แน่นอน
  - รายได้ไม่พอใช้จ่าย
  - มีหนี้สิน
  - ไม่มีทุนประกอบอาชีพ
  - ยากจน/ไร้ที่พึ่ง
  - อื่นๆ ระบุ.....

6.5 ด้านครอบครัว

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

6.6 ด้านความรุนแรงในครอบครัว/สังคม

- เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น
- ทารุณกรรมทางจิตใจ
- ทารุณกรรมทางร่างกาย
- ทารุณกรรมทางเพศ

6.7 ด้านการเป็นผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์

- ตกเป็นเครื่องมือแสวงหาผลประโยชน์อื่น ๆ
- ถูกบังคับขอรหัส
- ถูกล่อลวง
- เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น
- ถูกบังคับให้ประพฤติดีกกฎหมาย
- 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

	บัญชีท้ายระเบียบาลำดับที่
<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	1
<input type="checkbox"/> .....ค่าอาหารระหว่างรอรับการสงเคราะห์ และระหว่างเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิม	1
<input type="checkbox"/> .....ค่าพาหนะส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม	2
<input type="checkbox"/> .....ค่าเช่าที่พักของผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม	2
<input type="checkbox"/> .....ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระหว่างรอรับการสงเคราะห์	2
<input type="checkbox"/> .....ระหว่างการเดินทางเพื่อรับการสงเคราะห์หรือกลับภูมิลำเนาเดิม	2
<input type="checkbox"/> .....เงินอุดหนุนเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน	2
<input type="checkbox"/> .....ค่าเครื่องอุปโภคบริโภค	2
<input type="checkbox"/> .....ค่าใช้จ่ายในการครองชีพตามความจำเป็น	2
<input type="checkbox"/> .....ค่ารักษาพยาบาล เช่น ค่ายา ค่าอุปกรณ์การรักษา ค่าอาหารที่โรงพยาบาลหรือ	2
<input type="checkbox"/> .....สถานพยาบาลของทางราชการสังรวมถึงค่าพาหนะ ค่าอาหาร ระหว่างติดต่อรักษาพยาบาล	3
<input type="checkbox"/> .....ค่าซ่อมแซมที่อยู่อาศัย	
<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	
<input type="checkbox"/> .....แก่ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง	
<input type="checkbox"/> .....เงินทุนประกอบอาชีพแก่สตรีที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว	4,5,6,9,11
<input type="checkbox"/> .....ค่าวัสดุที่ปักชั่วคราว	
<input type="checkbox"/> .....อื่นๆ ระบุ .....	9,10,11
<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"/> .....แจ้งความต่อพนักงานสอบสวนเพื่อดำเนินคดีต่อผู้กระทำความผิดทารุณกรรม	
<input type="checkbox"/> .....ให้คำแนะนำแก่ครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอยู่ด้วย เพื่อทำความเข้าใจให้สามารถดูแลผู้สูงอายุมิให้ถูกทารุณกรรมอีก	
<input type="checkbox"/> .....ให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับคดีและเรื่องสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ	
<input type="checkbox"/> .....ให้การฟื้นฟูสภาพร่างกาย สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ให้กลับไปสู่สภาวะปกติ และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุ	
<input type="checkbox"/> .....กับครอบครัว 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.....



ผลการเยี่ยมบ้าน

ตรวจเยี่ยม

เจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยม ชื่อ - สกุล .....ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน.....

ชื่อ - สกุล ของผู้ประสบปัญหาทางสังคม.....

บ้านเลขที่.....

สภาพที่อยู่อาศัย

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

สภาพปัญหาความเดือดร้อน

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

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมบ้าน

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

ลงชื่อ.....ผู้เยี่ยมบ้าน

(.....)

ตำแหน่ง .....

ลงวันที่.....(ว.ต.ป.ที่เยี่ยมบ้าน)

หมายเหตุ : ผู้เยี่ยมบ้าน หมายถึง เจ้าหน้าที่กระทรวง พม.หรือเจ้าหน้าที่หน่วยบริการในพื้นที่หรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายหรือได้รับคำขอนี้ 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 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/ที่ทำงาน  ..... อื่นๆ ระบุ.....  
 ..... ระบุข้อความช่วยเหลือ 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. ....

เลขที่.....

แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ  
KTB Corporate Online

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

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

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

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

ขอรับเงินสวัสดิการ ค่าตอบแทน และเงินยืมราชการผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แนบ  
สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร มาเพื่อเป็นหลักฐานด้วยแล้ว

- กรณีเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ ของหน่วยงาน เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่  
ใช้สำหรับรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน  
บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....ประเภท.....  
เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....
- กรณีเป็นบุคคลภายนอกเพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....  
ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

และเมื่อกองคลังโอนเงินสวัสดิการ ค่าตอบแทน และยืมเงินราชการผ่านระบบ KTB Corporate Online แล้ว  
ให้ส่งข้อมูลการโอนเงินผ่านช่องทาง

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

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