

แบบบันทึกข้อมูลผู้ขอรับบริการทางสังคม
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ลำดับที่
วันที่รับเรื่อง/...../.....

1. ประเภทผู้ขอรับบริการ / ได้รับความเดือดร้อน (เลือกเพียง 1 ราวตามเท่านั้น)

- 01 เด็ก 02 คนพิการ 03 ผู้สูงอายุ 04 ผู้มีรายได้น้อย 05 คนไร้ที่พึ่ง (ผู้พลัดถิ่น)
- 06 สตรี 07 HIV/AIDS 08 ผู้ขอรับอุปการะเด็ก 09 ผู้ประสบภัยธรรมชาติ/อุบัติเหตุ/อุบัติเหตุ 99 อื่น ๆ (ระบุ)

2. ข้อมูลผู้ขอรับบริการ / ได้รับความเดือดร้อน

กำนันบ้านชื่อ.....ชื่อ-สกุล.....

วันเดือนปีเกิด...../...../.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

เลขประจำตัวประชาชน - กรณีไม่มี เนื่องจาก

รหัสประจำบ้าน

สถานภาพสมรส โสด สมรสอยู่ด้วยกัน สมรสแยกกันอยู่ หย่าร้าง

ไม่สมรสแต่อยู่ด้วยกัน นายคู่สมรสเสียชีวิต อื่น ๆ (ระบุ)

ระดับการศึกษา จบได้ระดับการศึกษา ประถมศึกษาตอนต้น ประถมศึกษาตอนปลาย

มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย อื่น ๆ (ระบุ)

อาชีพ.....รายได้.....บาท/ปี

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านตนเอง บ้านญาติ บ้านเช่า บ้านพักของผู้จ้าง

อื่น ๆ (ระบุ)

เลขที่.....หมู่.....ต.รอก.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

3. ผู้ร้องขอแทนผู้ขอรับบริการ เป็นบุคคลคนเดียวกับ ข้อ 2.

กำนันบ้านชื่อ.....ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

ที่อยู่ เลขที่.....หมู่.....ต.รอก.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ความสัมพันธ์กับผู้ขอรับบริการในข้อ 2. / เกี่ยวข้องเป็น.....

4. ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อยู่อาศัยอยู่ร่วมกันจริงในปัจจุบัน)

ที่	กำนันบ้านชื่อ-ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวประชาชน	เพศ	วคป เกิด	เกี่ยวข้องกับ ผู้ขอรับบริการ	ศาสนา	การศึกษา	อาชีพ	รายได้ (บาท/ปี)	สุขภาพ
	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								

รายได้เฉลี่ยของสมาชิกในครอบครัวบาท/ปี รายจ่ายเฉลี่ยของสมาชิกในครอบครัวบาท/ปี

ภาระหนี้สิน ไม่มี มี ในระบบ จำนวน.....บาท นอกระบบ จำนวน.....บาท

5. สภาพความเดือดร้อนของผู้ขอรับบริการ (ตอบได้มากกว่า 1 รายการ)

<input type="checkbox"/> 00 01 เป็นโรคอันตรายร้ายแรง	<input type="checkbox"/> 00 02 เจ็บป่วยเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> 00 03 คิดยาเสพติด
<input type="checkbox"/> 00 04 ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์	<input type="checkbox"/> 00 05 ผู้ตกเป็นเหยื่อการค้ามนุษย์	<input type="checkbox"/> 00 06 ตกเป็นเครื่องมือแสวงหาผลประโยชน์
<input type="checkbox"/> 00 07 ครอบครัวยากจน	<input type="checkbox"/> 00 08 ถูกหลอกลวง	<input type="checkbox"/> 00 09 ไม่ได้ได้รับความเป็นธรรม
<input type="checkbox"/> 00 10 ครอบครัวยากจน/ ภาวะเสี่ยงผู้ประสบปัญหา (อาทิ เด็ก คนพิการ ผู้ติดเชื้อมเอดส์ ผู้ติดยาเสพติด)		
<input type="checkbox"/> 00 11 ถูกทารุณกรรม	<input type="checkbox"/> 00 12 ถูกบังคับค้าประเวณี	<input type="checkbox"/> 00 13 ถูกบังคับข่มขืนทางจิตใจ
<input type="checkbox"/> 00 14 ถูกข่มขืน/ล่วงละเมิดทางเพศ	<input type="checkbox"/> 00 15 ถูกทอดทิ้ง	<input type="checkbox"/> 00 16 พลัดหลง
<input type="checkbox"/> 00 17 ขาดผู้อุปการะ / ผู้ดูแล	<input type="checkbox"/> 00 18 ขาดเงินจัดการศพผู้สูงอายุ	
<input type="checkbox"/> 01 01 เด็กกำพร้า	<input type="checkbox"/> 01 02 เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูไม่เหมาะสมจากครอบครัว	
<input type="checkbox"/> 01 03 เด็กในครอบครัวยากจน	<input type="checkbox"/> 01 04 เด็กที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองต้องโทษจำคุก	
<input type="checkbox"/> 02 01 พิกัดทางร่างกาย	<input type="checkbox"/> 02 02 พิกัดทางสายตา	<input checked="" type="checkbox"/> 02 03 พิกัดทางการพูด / การฟัง
<input type="checkbox"/> 02 04 พิกัดทางสติปัญญา/ การเรียนรู้	<input type="checkbox"/> 02 05 พิกัดทางจิตใจ/พฤติกรรม	<input type="checkbox"/> 02 06 พิกัดซ้ำซ้อน
<input type="checkbox"/> 02 07 พิกัดอื่นๆ (ระบุ)		
<input type="checkbox"/> 03 01 หลงลืม ขวากาพมาก		
<input type="checkbox"/> 04 01 ไม่มีเงินทุนประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> 04 02 ไม่มีเงินทุนหรืออุปกรณ์การศึกษาของบุตร	<input type="checkbox"/> 04 03 รายได้ไม่เพียงพอแก่ครอบครัว
<input type="checkbox"/> 04 04 ไม่มีที่อยู่อาศัย / ที่ทำกิน	<input type="checkbox"/> 04 05 ไม่มีงานทำ/ไม่มีอาชีพ	<input type="checkbox"/> 04 06 มีหนี้สิน
		<input type="checkbox"/> 04 07 มีบุตรมาก
<input type="checkbox"/> 05 01 เร่ว่อน	<input type="checkbox"/> 05 02 ขอลาน	
<input type="checkbox"/> 06 01 ตั้งครกนอกสมรส	<input type="checkbox"/> 06 02 สตรีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวยากจน	
<input type="checkbox"/> 07 01 ติดเชื้อมเอดส์หรือป่วยด้วยเอดส์		
<input type="checkbox"/> 08 01 ขอบุตรบุญธรรม/ครอบครัวอุปถัมภ์		
<input type="checkbox"/> 09 01 ประสบภัยธรรมชาติ / อุบัติภัย / อุบัติเหตุ		
<input type="checkbox"/> 99 99 ข้อมูลปัญหาความเดือดร้อนเพิ่มเติม (ระบุ)		

เคยได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น ไม่เคย เคย จาก (ระบุหน่วยงานและเรื่องที่เคยได้รับความช่วยเหลือ โดยย่อ)

6. ความช่วยเหลือที่ผู้ขอรับบริการต้องการ (ตอบได้มากกว่า 1 รายการ)

<input type="checkbox"/> 01 เงินสงเคราะห์ครอบครัว	<input type="checkbox"/> 02 เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ	<input type="checkbox"/> 03 เงินสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อมเอดส์
<input type="checkbox"/> 04 เงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาล	<input type="checkbox"/> 05 เครื่องช่วยความพิการ (ระบุ)	
<input type="checkbox"/> 06 ส่งไปทำกายภาพบำบัด	<input type="checkbox"/> 07 ส่งเข้ารับการรักษา / นานับด์	<input type="checkbox"/> 08 ติดตามหาญาติ
	<input type="checkbox"/> 09 ส่งกลับภูมิลำเนา	
<input type="checkbox"/> 10 รับเข้าสถานสงเคราะห์ / สถานคุ้มครอง	<input type="checkbox"/> 11 ขอบุตรบุญธรรม / ครอบครัวอุปถัมภ์	<input type="checkbox"/> 12 เงินทุนและอุปกรณ์การศึกษา
<input type="checkbox"/> 13 เงินทุนประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> 14 ส่งเข้าฝึกอาชีพ	<input type="checkbox"/> 15 จัดนahrung
	<input type="checkbox"/> 16 เครื่องอุปโภคและบริโภค	
<input type="checkbox"/> 17 ที่อยู่อาศัย / ที่ทำกิน	<input type="checkbox"/> 18 ช่วยเหลือด้านกฎหมาย / คุ้มครองสิทธิ	<input type="checkbox"/> 19 ให้คำปรึกษา / แนะนำ
<input type="checkbox"/> 21 เงินสงเคราะห์จัดการศพผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน	<input type="checkbox"/> 99 อื่น ๆ (ระบุ)	

(ลงชื่อ) ผู้ขอรับบริการ / ผู้ร้องขอและ
(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

7. คำนำหน้าชื่อ ชื่อ-สกุล ผู้สัมภาษณ์ / สอบข้อเท็จจริง
ตำแหน่ง หน่วยงาน โทรศัพท์

(ลงชื่อ) ผู้สัมภาษณ์ / สอบข้อเท็จจริง
วันที่ เดือน พ.ศ.
คนจก. ๑๒๓.

ส่วนที่สามรับเจ้าหน้าที่ ส.น.๖. ๙๑๑จ. ๒๖๖.

การดำเนินการของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

- 01 เงินสงเคราะห์ครอบครัว 02 เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ 03 เงินสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- 04 เงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาล 05 เครื่องช่วยความพิการ (ระบุ)
-
- 06 ส่งไปทำกายภาพบำบัด 07 ส่งเข้ารับการรักษา/บำบัด 08 ติดตามหาญาติ 09 ส่งกลับภูมิลำเนา
- 10 รับเข้าสถานสงเคราะห์/สถานคุ้มครอง 11 ขอบุตรบุญธรรม/ครอบครัวอุปถัมภ์ 12 เงินทุนและอุปกรณ์การศึกษา
- 13 เงินทุนประกอบอาชีพ 14 ส่งเข้าฝึกอาชีพ 15 จัดนาอาชีพ 16 เครื่องอุปโภคและบริโภค
- 17 ที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน 18 ช่วยเหลือด้านกฎหมาย/คุ้มครองสิทธิ 19 ให้คำปรึกษา/แนะนำ
- 21 เงินสงเคราะห์จัดการศพผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน
- 20 ประสานงานส่งต่อ (ระบุ)

99 อื่น ๆ (ระบุ)

กรณีเป็นเงิน ระบุจำนวน บาท

98 ระบุการช่วยเหลือ เบื้องอก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ - ให้แนบหลักฐาน สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาทะเบียนบ้าน หรือบัตรประจำตัวคนพิการของผู้ขอรับการช่วยเหลือ

-แนบรูปถ่ายประกอบ