

สภาพที่อยู่อาศัย.....
.....
.....

๒. ผู้ร้องขอแทนผู้รับบริการ

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....
ความสัมพันธ์กับผู้ขอรับบริการ (เกี่ยวข้องเป็น).....

๓. ลักษณะความพิการ

- ยังไม่เคยจดทะเบียนคนพิการ
- จดทะเบียนคนพิการ เมื่อวันที่.....วันหมดอายุ.....จังหวัดที่จดทะเบียน.....
 - พิการทางการเห็น พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
 - พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม พิการทางสติปัญญา พิการทางการเรียนรู้ พิการออทิสติก
 - พิการซ้ำซ้อน

ลักษณะความพิการ.....
โรคประจำตัว (ระบุ).....

๔. ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อยู่อาศัยร่วมกันจริงในปัจจุบัน)

ที่	ชื่อ- นามสกุล	อายุ	ความเกี่ยวข้อง	การศึกษา	สุขภาพ	อาชีพ/รายได้	หมายเหตุ

หนี้สินในระบบ.....บาท หนี้สินนอกระบบ.....บาท รายจ่ายเฉลี่ยของครอบครัวบาทต่อเดือน
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ได้ ไม่ได้ อื่นๆ ระบุ.....

๕. ความเห็นของนักสังคมสงเคราะห์/เจ้าหน้าที่ เห็นสมควรให้ความช่วยเหลือ คือ

- เงินสงเคราะห์ฯ คนพิการ จำนวนบาท รถโยก.....คัน รถเข็น.....คัน
- เข้ารับการอุปการะในสถานสงเคราะห์ อื่นๆ ระบุ.....

๖. ประวัติการได้รับการช่วยเหลือ/สวัสดิการ

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

๗. ปัญหาความเดือดร้อน

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

๘. ความช่วยเหลือที่ต้องการและแนวทางการให้ความช่วยเหลือ

ความช่วยเหลือที่ต้องการ	แนวทางการให้ความช่วยเหลือ
<u>ด้านการเงิน</u>	<u>ด้านการเงิน</u>
<u>ด้านสิ่งของ</u>	<u>ด้านสิ่งของ</u>
<u>ด้านอื่นๆ</u>	<u>ด้านอื่นๆ</u>

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอรับบริการ/ผู้ร้องแทน

...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้สัมภาษณ์/ข้อเท็จจริง

(.....)

ตำแหน่ง.....

...../...../.....

การดำเนินงานของเจ้าหน้าที่/นักสังคมสงเคราะห์

ความเห็นของเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน

(.....)

ตำแหน่ง.....

...../...../.....

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

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

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

...../...../.....

หมายเหตุ : ได้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน (รับรองสำเนาถูกต้อง)

ผู้ขอรับบริการ/ผู้ยื่นเรื่องแทน/ผู้รับเงิน : ต้องเป็นบุคคลคนเดียว

แผนที่โดยสังเขป