



แบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

(สำหรับกรณียื่นที่ศูนย์ช่วยเหลือสังคม ๑๓๐๐ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หรือสถานที่ที่ประกาศกำหนด และระบบ พม. Smart)

๑. ผู้แจ้งแทน (กรณีผู้ประสบปัญหาทางสังคมไม่สามารถยื่นคำขอได้ด้วยตนเอง)

คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....) ชื่อ.....นามสกุล.....
 เลขที่บัตรประชาชน ---- กรณีไม่มีเนื่องจาก.....
 อายุ..... ปี โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....
 อีเมล.....
 ความสัมพันธ์กับผู้ประสบปัญหา.....

๒. ผู้ประสบปัญหาทางสังคมยื่นคำขอด้วยตนเอง

คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....) ชื่อ.....นามสกุล.....
 เลขที่บัตรประชาชน ---- กรณีไม่มีเนื่องจาก.....
 วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี
 บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน..... ตรอก.....
 ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
 อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์..... โทรสาร..... โทรศัพท์มือถือ.....
 อีเมล.....

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ สมรสแยกกันอยู่ ☐ หย่าร้าง ☐ ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน ☐ หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

สถานที่อยู่อาศัย

☐ มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองและมั่นคงถาวร ☐ มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองแต่ไม่มั่นคงถาวร
☐ อยู่ที่ดินบุคคลอื่น ☐ บ้านเช่า..... บาทต่อเดือน
 อาชีพหลักของครอบครัว.....รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว บาท
 ที่มาของรายได้ ☐ การประกอบอาชีพ ☐ บุตร/ผู้อุปการะ
☐ สวัสดิการของรัฐ ☐ อื่นๆ.....

สมาชิกในครอบครัว(ไม่รวมผู้ประสบปัญหาทางสังคมและต้องเป็นสมาชิกในครอบครัวเท่านั้น)

จำนวน.....คน

การอุปการะ

☐ อุปการะเลี้ยงดูบิดามารดา ☐ อุปการะเลี้ยงดูบุตร ☐ อุปการะเลี้ยงดูผู้สูงอายุ
☐ อุปการะเลี้ยงดูคนพิการหรือคนทุพพลภาพ ☐ อื่นๆ.....

ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว(ไม่รวมผู้ประสบปัญหาทางสังคมและต้องเป็นสมาชิกในครอบครัวเท่านั้น) (ถ้ามี)

ลำดับ	เลขบัตรประชาชน (ถ้ามี)	คำนำหน้าชื่อ สก	อายุ	ความสัมพันธ์กับผู้ประสบปัญหา	อาชีพ	รายได้/เดือน (บาท)	สภาพทางร่างกาย			ช่วยเหลือตนเอง	
							ปกติ	พิการ	ป่วยเรื้อรัง	ได้	ไม่ได้

การได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ/ราชการ

☐ ๑. ไม่เคย

☐ ๒. เคย อะไรบ้างในปีงบประมาณนี้ จำนวน ครั้ง รวมเป็นเงินบาท ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

☐ ๒.๑ เงินสงเคราะห์

☐ ๒.๒ เงินทุนประกอบอาชีพ

☐ ๒.๓ เงิน/เบี้ยผู้สูงอายุ (เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ)

☐ ๒.๔ เงิน/เบี้ยคนพิการ (เบี้ยความพิการ)

☐ ๒.๕ เงิน/เบี้ยเด็กแรกเกิด (เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด)

☐ ๒.๖ บัตรคนจน (สวัสดิการที่ได้จากการลงทะเบียนโครงการเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ)

☐ ๒.๗ การซ่อมบ้าน (เงินซ่อมแซมบ้าน) ระบุ

☐ ๒.๘ ความช่วยเหลืออื่นจากภาครัฐ ระบุ

☐ ๒.๙ ความช่วยเหลืออื่นจากภาคเอกชน ระบุ

☐ ๒.๑๐ เงินกู้ ระบุ

☐ ๒.๑๑ เครื่องช่วยความพิการ

☐ ๒.๑๒ อื่นๆ ระบุ.....

สภาพปัญหาความเดือดร้อนของครอบครัว.....

ความช่วยเหลือที่ต้องการ (เลือกได้มากกว่า ๑ รายการ)

☒ ช่วยเหลือเป็นเงิน (มีบัญชีเงินฝากธนาคาร.....เลขที่บัญชี.....)

☐ ช่วยเหลือเป็นสิ่งของ ระบุ.....

☐ ช่วยเหลือเรื่องอื่นๆ ระบุ.....

(สำหรับกรณียื่นที่ศูนย์ช่วยเหลือสังคม ๑๓๐๐ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หรือสถานที่ที่ประกาศกำหนด และระบบ พม. Smart)

การมอบฉันทะรับสิ่งของ

ในกรณีข้าพเจ้าไม่สามารถเดินทางไปรับสิ่งของได้ขอมอบฉันทะให้ นาย/นาง/นางสาว.....

โทรศัพท์..... อยู่บ้านเลขที่.....

มีความเกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าในฐานะเป็น.....เป็นผู้รับสิ่งของแทน

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบฉันทะ

ลงชื่อ.....ผู้ประสบปัญหาทางสังคม/ผู้แจ้งแทน
(.....)

ลงวันที่.....

ผลการเยี่ยมบ้าน (ถ้ามี)

สภาพที่อยู่อาศัย.....

สถานที่ตั้งใกล้เคียงมองเห็นง่าย.....

สภาพปัญหาความเดือดร้อน.....

.....

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมบ้าน

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้เยี่ยมบ้าน

(.....)

ตำแหน่ง

ลงวันที่..... (ว.ด.ป. ที่เยี่ยมบ้าน)

โทรศัพท์.....

การพิจารณาให้ความช่วยเหลือ

ความเห็นของผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ

เห็นควรให้การช่วยเหลือตามระเบียบฯ เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนเบื้องต้น

☒ ช่วยเหลือเป็นเงิน จำนวน.....บาท หรือ

☐ ช่วยเหลือเป็นสิ่งของ ระบุ ☐ อุปกรณ์การศึกษา ☐ อาหาร

☐ เครื่องนุ่งห่ม ☐ ยารักษาโรค

☐ นมผงสำหรับเด็ก ☐ เครื่องอุปโภคและบริโภค

☐ อื่นๆ ระบุ.....

มูลค่าสิ่งของ จำนวน.....บาท

ตามระเบียบ/ประกาศ/หนังสือ

ระเบียบกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ว่าด้วยการสงเคราะห์ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยและผู้ไร้ที่พึ่ง พ.ศ. ๒๕๕๒

เงินอุดหนุนประเภท.....เงินสงเคราะห์ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยและผู้ไร้ที่พึ่ง

ลงชื่อ.....ผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ

(.....)

ตำแหน่ง

เลขที่.....

วันที่.....เดือนพ.ศ.

รายละเอียดสำหรับการจ่ายเงิน เท่านั้น

๑. รับด้วยตนเอง/มอบอำนาจรับแทน

☐ เงินสด ☐ เช็ค เลขที่.....ธนาคาร.....

หากมีการรับแทนโปรดระบุเลขที่บัตรประชาชน ---

ชื่อ - นามสกุล.....ผู้รับแทน

เบอร์โทรศัพท์.....

๒. โอนเข้าบัญชีธนาคาร ☐ โอนเข้าบัญชี ☐ พร้อมเพย์ (Prompt Pay) ☒ KTB Corporate Online ☐ e-Payment

ชื่อ - นามสกุล ผู้รับเงิน.....

เลขที่บัตรประชาชน --- เบอร์โทรศัพท์.....

เลขที่บัญชี.....ชื่อบัญชี.....

ธนาคาร.....สาขา.....

รายละเอียดสำหรับการรับสิ่งของ

☐ รับด้วยตนเอง

☐ ผู้รับแทน เลขที่บัตรประชาชน ---

ชื่อ-นามสกุล.....

ประสานส่งต่อไปยังหน่วยงาน ชื่อหน่วยงาน.....จังหวัด.....

ช่วยเหลือด้านอื่นๆ.....

☐ ระบุข้อความช่วยเหลือ เนื่องจาก

เลขที่.....

แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์คุ้มครองและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตจังหวัดอุบลราชธานี

ข้าพเจ้า.....

เลขประจำตัวประชาชน

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

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....อุบลราชธานี.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์(มือถือ).....

ขอรับเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร มาเพื่อเป็นหลักฐานด้วยแล้ว

☐ กรณีเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ ที่สังกัดส่วนราชการผู้จ่าย

☐ เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ใช้สำหรับรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน

บัญชีเงินฝากธนาคาร.....-.....สาขา.....-.....

ประเภท.....-.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....-.....

☐ เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารอื่น (ตามที่หัวหน้าส่วนราชการผู้เบิกอนุญาต)

บัญชีเงินฝากธนาคาร.....-.....สาขา.....-.....

ประเภท.....-.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....-.....

☒ กรณีเป็นบุคคลภายนอก เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....

สาขา.....ประเภท.....

เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

และเมื่อ ศูนย์คุ้มครองและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตจังหวัดอุบลราชธานี โอนเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online แล้ว

ให้ส่งข้อมูลการโอนเงินผ่านช่องทาง

☐ ข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ (SMS) ที่เบอร์โทรศัพท์.....

☐ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ตาม e-mailaddress.....-.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับการช่วยเหลือ/

(.....) ผู้มีสิทธิรับเงิน

หมายเหตุ : เลขที่ของแบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online ให้ระบุหมายเลข
กำกับเรียงกันไปทุกฉบับ เพื่อประโยชน์ในการจัดทำทะเบียนคุมการโอนเงิน

หลักเกณฑ์การช่วยเหลือเงินสงเคราะห์ครอบครัว

ผู้มีรายได้น้อยที่ประสบความเดือดร้อนหรือผู้ไร้ที่พึ่ง

เพื่อประกอบการพิจารณาตามระเบียบกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ว่าด้วยการสงเคราะห์ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยและผู้ไร้ที่พึ่ง พ.ศ. ๒๕๕๒

ชื่อ-สกุล (ผู้มีรายได้น้อยฯ).....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน.....

จำนวนสมาชิกในครอบครัว (รวมผู้มีรายได้น้อยฯ)คน

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบ “ใช่” ที่ตรงกับความเป็นจริง

สภาพปัญหาความเดือดร้อน	ใช่
ด้านเศรษฐกิจ	
1. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้มีรายได้น้อยฯ ต่ำกว่า 3,000 บาท	
2. รายได้เฉลี่ยของคนในครัวเรือนต่อปี (รวมรายได้ครัวเรือนหารด้วยจำนวนสมาชิกทั้งหมด) จำนวน.....บาทต่อปี (ต่ำกว่า 100,000 บาท)	
3. ไม่มีรายได้/ตกงาน/ว่างงาน	
4. มีหนี้สิน - ในระบบ จำนวน.....บาท/- นอก ระบบ จำนวน.....บาท	
ด้านสุขภาพกายและจิตใจ	
5. เจ็บป่วย ระบุ.....	
ด้านการพึ่งพิงในครอบครัว	
6. มีเด็กแรกเกิด-อายุ 18 ปี	
7. มีคนอายุ 18-59 ปี ว่างงาน	
8. มีคนพิการ/เจ็บป่วยเรื้อรัง	
9. มีผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	
10. เป็น/มีพ่อ-แม่เลี้ยงเดี่ยว	
11. มีบุคคลต้องโทษจำคุก/ถูกทอดทิ้ง/สาบสูญ	
ด้านที่อยู่อาศัย	
12. ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง (อาศัยผู้อื่นอยู่)	
13. อยู่บ้านเช่า จ่ายค่าเช่าเดือนละ.....บาท, ที่เช่า.....บาท/เดือน/ปี	
14. ชำรุดทรุดโทรมมาก/ไม่ปลอดภัย/ไม่มั่นคง/ไม่เหมาะสมต่อการพักอาศัย	
ด้านการเข้าถึงบริการรัฐ	
15. ไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ	
16. ไม่ได้รับสวัสดิการอื่นที่พึงได้รับ เช่น เบี้ยผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ เงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด ฯลฯ	
รวม (ข้อ)	

ความเห็นของผู้วินิจฉัย : ให้ความช่วยเหลือเฉพาะหน้า เป็นเงิน จำนวน.....บาท

ความคิดเห็นเพิ่มเติม.....

.....

กลุ่มที่หนึ่ง มีความเดือดร้อนมากพิเศษ อยู่ระหว่าง 7-16 ข้อ

ให้ความช่วยเหลือเงินสงเคราะห์ จำนวน 3,000 บาท

กลุ่มที่สอง มีความเดือดร้อนมาก อยู่ระหว่าง 1-6 ข้อ

ให้ความช่วยเหลือเงินสงเคราะห์ จำนวน 2,000 บาท

ลงชื่อ.....ผู้วินิจฉัย

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....