หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย
ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐

ผู้ป่วยที่ยากไร้

<u>คุณสมบัติ</u>

(๑) มีสัญชาติไทย

(๒) มีภูมิลำเนาในเขต อบจ.ที่ขอรับการสงเคราะห์

(๓) ได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลของรัฐ

↓

<u>การขอรับการช่วยเหลือ</u>

ขอรับการช่วยเหลือจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นลำดับแรก แต่ได้รับไม่เพียงพอ หรือไม่ได้รับการช่วยเหลือ

↓

<u>การยื่นคำขอ</u>

ให้ยื่นต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดโดยตรง หรือยื่นผ่านเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลที่ผู้ยื่นคำขอมีภูมิลำเนา

↓

<u>การพิจารณาให้ความช่วยเหลือ</u>

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดแต่งตั้งคณะกรรมการ ประกอบด้วย

- ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นประธาน
- ผู้อำนวยการกองคลัง องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรรมการ
- ผู้แทนสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด กรรมการ
- ผู้แทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กรรมการ
- ผู้อำนวยการกองส่งเสริมคุณภาพชีวิต องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรรมการและเลขานุการ

↓

<u>อัตราค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์</u>

ให้จ่ายเงินช่วยเหลือเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางได้ตามที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๒,๐๐๐.- บาท/คน และไม่เกิน ๓ ครั้งต่อคนต่อปีงบประมาณ (กรณีมีความจำเป็นเกินกว่า ๓ ครั้ง ให้ขอความเห็นชอบจาก ผวจ. เป็นรายกรณี)

เอกสารประกอบการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

องค์การบริหารส่วนจังหวัดสระแก้ว

เอกสารประกอบการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยยากไร้	หมายเหตุ
๑. แบบคำขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสระแก้ว (กรอกให้ครบถ้วนสมบูรณ์)	**สำเนาอย่างละ ๑ ฉบับ และรับรองสำเนาถูกต้อง**
๒. แบบคำขอรับการช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (กรอกข้อมูล หน้า ๑- ๗ ให้ครบถ้วนสมบูรณ์) พร้อมสำเนาหนังสือขอรับความช่วยเหลือของพมจ.	
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยยากไร้/ผู้ยื่นคำขอฯและสมาชิกทุกคน (ที่อาศัยอยู่จริงติดต่อกันไม่น้อยกว่า ๑๘๐ วัน และ กรณี มอบอำนาจ ต้องมีสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ทั้ง ๒ ฝ่าย)	
๔. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วยที่ยากไร้/ผู้ยื่นคำขอฯ (กรณี มอบอำนาจ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านผู้รับมอบอำนาจไม่ตรงกับบัตรประจำตัวประชาชน ต้องมีสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับมอบอำนาจด้วย)	
๕. ภาพถ่าย ผู้ป่วยยากไร้หน้าตรง/ความเจ็บป่วย และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย (ภายใน ภายนอกบ้าน) ตามความเหมาะสม พร้อมรูปเจ้าหน้าที่ขณะเยี่ยมบ้านเพื่อนำมาพิจารณาให้การสงเคราะห์	
๖. สำเนาหน้าสมุดบัญชีรับเงิน (กรณี รับเข้าบัญชีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ผู้ป่วยที่ยากไร้ให้มอบอำนาจในแบบคำขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสระแก้ว)	
๗. ใบสำคัญรับเงิน(กรณีจ้างเหมารถ) และหรือตั๋วค่าโดยสาร/ใบเสร็จรับเงิน และเอกสารแนบกรณีจ้างเหมารถ ดังนี้ ๑) สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับจ้างฯ ๒) สำเนาใบอนุญาตขับขี่รถของผู้รับจ้างฯ ๓) สำเนาเล่มทะเบียนรถที่ใช้ในการรับจ้างฯ	
๘. ใบเสร็จรับเงินสถานพยาบาลของรัฐ (เพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษา)	
๙. สำเนาใบนัดพบแพทย์	
๑๐. อื่นๆ (ถ้ามี) เอกสารเพิ่มเติมทางการแพทย์ /ใบรับรองแพทย์/ภาพถ่ายซองยาของผู้ป่วยที่ได้รับฯ/เวชภัณฑ์ในการรักษาผู้ป่วย	

ติดต่อเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ
ชื่อ - นามสกุล : นางสาวปุญญิสา เหยือกเงิน ตำแหน่ง : นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ
เบอร์โทรศัพท์ : ๐๓๗-๒๔๐-๙๙๙ ต่อ ๑๑๑, ๑๖๒, ๑๖๗ , ๐๘๗ ๐๗๘ ๔๖๓๓

แบบคำขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้
องค์การบริหารส่วนจังหวัดสระแก้ว

วัน/เดือน/ปีรับเรื่อง...../...../.....

ข้อ ๑ ข้อมูลผู้ป่วยที่ยากไร้

ชื่อ-นามสกุล .....บัตรประชาชนเลขที่.....

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี สถานภาพ.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อ.....ประกอบอาชีพ.....รายได้ต่อเดือน.....บาท

โรคที่เข้ารับการรักษา..... ระยะเวลาตั้งแต่เจ็บป่วย .....ปี..... เดือน

ข้อ ๒ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่.....

ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ เป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน (ทำเครื่องหมาย ☑)

☐ บ้านตนเอง ☐ บ้านเช่า เดือนละ.....บาท ☐ อื่นๆ ระบุ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน (กรณีไม่ได้อยู่ที่เดียวกับทะเบียนบ้าน ระบุ).....

☐ มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ☐ได้รับเบี้ยยังชีพความพิการ ☐ ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ เงินอุดหนุนฯเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

ข้อ ๓ จำนวนสมาชิกที่อยู่จริงในครอบครัว.....คน

ลำดับ	ชื่อ – นามสกุล	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	อาชีพ	บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ พ.ศ. ๒๕๖๕		รายได้ต่อวัน/เดือน	เบอร์โทรศัพท์
					มี	ไม่มี		

ข้อ ๔ ☐ ผู้ป่วยที่ยากไร้ฯ ได้ดำเนินการขอรับการสงเคราะห์จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสระแก้ว มาแล้ว (แนบสำเนาหนังสือขอรับความช่วยเหลือของ พมจ.)

สิทธิการรักษาพยาบาล ☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม ☐ ข้าราชการ ☐ รัฐวิสาหกิจ

☐ ผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

สถานพยาบาลของรัฐที่เข้ารับการรักษา.....

วัน/เดือน/ปี ใบนัดพบแพทย์ (ระบุ) .....

การเดินทาง ☐ ๑) โดยรถโดยสาร ☐ ๒) รถรับจ้างเหมา ☐ ๓) อื่นๆ.....

เดินทางขาไป วันที่.....เดือน.....ปี.....

(ต่อที่ ๑) จาก.....ถึง.....ค่าเดินทาง.....บาท

(ต่อที่ ๒ ถ้ามี) จาก.....ถึง.....ค่าเดินทาง.....บาท

(ต่อที่ ๓ ถ้ามี) จาก.....ถึง.....ค่าเดินทาง.....บาท

เดินทางขากลับ วันที่.....เดือน.....ปี.....

(ต่อที่ ๑) จาก.....ถึง.....ค่าเดินทาง.....บาท

(ต่อที่ ๒ ถ้ามี) จาก.....ถึง.....ค่าเดินทาง.....บาท

(ต่อที่ ๓ ถ้ามี) จาก.....ถึง.....ค่าเดินทาง.....บาท

รวมค่าเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาที่จ่ายจริงในครั้งนี้ (ไป-กลับ).....บาท

ข้อ ๕ กรณีได้รับการสงเคราะห์ฯ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินค่าเดินทางผู้ป่วยยากไร้ฯ โดยโอนเงินผ่านบัญชีธนาคาร

☐ ผู้ป่วยที่ยากไร้ฯ ☐ ผู้ปกครองตามกฎหมาย (ระบุ.....) ☐ ในนามผู้รับมอบอำนาจ ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามบัตรฯ

ธนาคาร.....สาขา.....ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

ข้อ ๖ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบแล้วพบว่าข้อมูลส่วนใดส่วนหนึ่งไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ระงับการช่วยเหลือและคืนเงินค่าเดินทางที่ได้รับตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐ ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดสระแก้ว

ลงชื่อ..... ผู้ยื่นคำขอฯ

(.....)

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่รับคำขอ

(.....)

๗ กรณี มอบอำนาจ

ข้าพเจ้า ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี บัตรประชาชนเลขที่.....

เบอร์โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้ ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี บัตรประชาชนเลขที่.....

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยยากไร้.....ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....

.....เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจแทนข้าพเจ้าดังนี้ ☐ ยื่นคำขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ฯ ☐ รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ฯ

เพื่อเป็นหลักฐานรับรองหนังสือฉบับนี้ ผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจต่างได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

หมายเหตุ : กรณีมอบอำนาจให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมรับรองสำเนา ๑) ผู้มอบอำนาจ ๒) ผู้รับมอบอำนาจ

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ .....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ได้รับเงินจาก .....

ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	ส.ต.
ค่าพาหนะเดินทางของผู้ป่วยฯ เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล - ค่าพาหนะเดินทาง (ไป – กลับ) โดยวิธีจ้างเหมารถ (ประเภท)..... ทะเบียน..... จากบ้านเลขที่ (โปรดระบุ) .... ถึงสถานพยาบาล (โปรดระบุ)		
รวมจำนวนเงิน		

จำนวนเงิน (อักษร) .....

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

หมายเหตุ : ค่าเดินทางตามที่จ่ายจริง กรณี ผู้ป่วยที่ยากไร้เดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ ด้วยวิธีจ้างเหมารถ

เอกสารแนบ : ของผู้รับจ้างเหมาขับรถ (ผู้รับเงิน)

๑. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับจ้างฯ
๒. สำเนาใบอนุญาตขับขี่รถของผู้รับจ้างฯ
๓. สำเนาเล่มทะเบียนรถที่ใช้ในการรับจ้างฯ

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.....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.....

3. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

พิกัด GPS : ละติจูด.....ลองจิจูด.....

ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน.....รหัสประจำบ้าน ☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐☐

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....เบอร์ต่อ.....โทรสาร.....

โทรศัพท์มือถือ.....

4. ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

(กรณีเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ขอให้ทำเครื่องหมาย ☑ และข้ามไปกรอกข้อมูลติดต่อผ่านชื่อและเบอร์โทรศัพท์)

○ บ้านตนเอง ○ อาศัยผู้อื่นอยู่ ○ อาศัยอยู่กับญาติ ○ บ้านเช่า ○ อยู่กับผู้จ้าง ○ ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง

พิกัด GPS : ละติจูด.....ลองจิจูด.....

ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน .....รหัสประจำบ้าน ☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐☐

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....ตรอก.....

ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

ติดต่อผ่านชื่อ.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

สภาพที่อยู่อาศัย

☐ มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองและมั่นคงถาวร ☐ มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองแต่ไม่มั่นคงถาวร ☐ อาศัยอยู่กับผู้อื่น
☐ อยู่ในที่ดินบุคคลอื่น ☐ บ้านเช่า ☐ พื้นที่สาธารณะ

ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ ไม่ได้รับการศึกษา/ไม่จบชั้น ☐ ประถมศึกษาตอนต้น ☐ ประถมศึกษาตอนปลาย ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ ปวช. ☐ ปวส./อนุปริญญา ☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี

อาชีพ

☐ ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน ☐ นักเรียน/นักศึกษา ☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ☐ ภิกษุ/สามเณร/แม่ชี
☐ เกษตรกร (ทำไร่/นา/สวน/เลี้ยงสัตว์/ประมง) ☐ รับจ้าง ☐ ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ
☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ พนักงานบริษัท ☐ อื่นๆ ระบุ.....
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท ที่มาของรายได้ ☐ ด้วยตนเอง ☐ ผู้อื่นให้
หนี้สินในระบบ.....บาท หนี้สินนอกระบบ.....บาท
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว.....บาทต่อเดือน

สมาชิกในครอบครัว (ไม่รวมผู้ประสบปัญหาทางสังคมและต้องเป็นสมาชิกในครอบครัวเท่านั้น)

ลำดับ	เลขบัตรประชาชน	คำนำหน้า ชื่อ - สกุล	ว/ด/ป เกิด	อายุ	เพศ	ความสัมพันธ์กับผู้ประสบปัญหา	อาชีพ	รายได้ ต่อวัน/ต่อเดือน/ต่อปี	สภาพทางร่างกาย			ช่วยเหลือตนเอง		ระดับการศึกษาสูงสุด
									ปกติ	พิการ	ป่วยเรื้อรัง	ได้	ไม่ได้	

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 ☐ สภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมต่อการพักอาศัย
☐ ไม่มีที่อยู่อาศัย ☐ เร่ร่อน

6.2 ด้านสุขภาพอนามัย

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

6.3 ด้านการศึกษา

☐ ขาดโอกาสทางการศึกษา ☐ ไม่มีทุนการศึกษา

6.4 ด้านการมีงานทำ และมีรายได้

☐ ขอทาน ☐ ขาดทักษะในการประกอบอาชีพ ☐ รายได้ไม่พอใช้จ่าย
☐ ถูกเลิกจ้าง/ว่างงาน ☐ ถูกนายจ้างเอารัดเอาเปรียบ ☐ มีหนี้สิน
☐ ไม่มีการออม ☐ ไม่มีงานทำ ☐ ไม่มีทุนประกอบอาชีพ
☐ ไม่มีรายได้ ☐ ไม่มีอาชีพ ☐ ยากจน/ไร้ที่พึ่ง
☐ ไม่มีที่ดินทำกิน ☐ รายได้ไม่แน่นอน ☐ อื่นๆ ระบุ.....

6.5 ด้านครอบครัว

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

6.6 ด้านความรุนแรงในครอบครัว/สังคม

☐ เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น
☐ ทารุณกรรมทางร่างกาย
☐ ทารุณกรรมทางจิตใจ
☐ ทารุณกรรมทางเพศ

6.7 ด้านการเป็นผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์

☐ ตกเป็นเครื่องมือแสวงหาผลประโยชน์อื่นๆ
☐ ถูกทารุณกรรม/กักขัง/หน่วงเหนี่ยว
☐ ถูกบังคับขอทาน
☐ ถูกบังคับค้าประเวณี
☐ ถูกล่อลวง
☐ ถูกแสวงหาประโยชน์ทางเพศ
☐ เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น
☐ ถูกบังคับใช้แรงงาน
☐ ถูกบังคับให้ประพฤติผิดกฎหมาย

6.8 ด้านการเข้าไม่ถึงสิทธิและความเป็นธรรมในสังคม

☐ ไม่มีค่าพาหนะเดินทางกลับภูมิลำเนา
☐ ไม่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐ
☐ ยังไม่ยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ
☐ ไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎร์
☐ 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

	บัญชีท้ายระเบียบฯลำดับที่
7.1 ด้านเงิน (ใส่จำนวนเงินด้วย)	
☐ .....ค่าเลี้ยงดู ค่าพาหนะ สำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
☐ .....เกี่ยวกับการศึกษาสำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
☐ .....เงินทุนประกอบอาชีพ สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
☐ .....ค่ารักษาพยาบาล สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน	1
☐ .....ค่ากายอุปกรณ์แก่เด็กพิการและทุพพลภาพ	1
☐ .....อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยป้องกันและแก้ไขความพิการของเด็ก	1
☐ .....ค่าใช้จ่ายในการส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม	1
☐ .....ค่าอาหารระหว่างรอรับการสงเคราะห์ และระหว่างเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิม	1
☐ .....ค่าพาหนะส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม	2
☐ .....ค่าเช่าที่พักของผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม	2
☐ .....ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระหว่างรอรับการสงเคราะห์ ระหว่างการเดินทางเพื่อรับการสงเคราะห์หรือกลับภูมิลำเนาเดิม	2
☐ .....เงินอุดหนุนเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน	2
☐ .....ค่าเครื่องอุปโภคบริโภค	2
☐ .....ค่าใช้จ่ายในการครองชีพตามความจำเป็น	2
☐ .....ค่ารักษาพยาบาล เช่น ค่ายา ค่าอุปกรณ์การรักษา ค่าอาหารที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของทางราชการสั่งรวมถึงค่าพาหนะ ค่าอาหาร ระหว่างติดต่อรักษาพยาบาล	3
☐ .....ค่าซ่อมแซมที่อยู่อาศัย	4,5,6,9,11
☐ .....เงินทุนประกอบอาชีพ	4,5,6,9,11
☐ .....เงินทุนประกอบอาชีพ รวมถึงการรวมกลุ่ม	4,5,6,9,11
☐ .....ค่าอาหาร	
☐ .....ค่าเครื่องนุ่งห่ม	
☐ .....ค่าพาหนะเดินทาง ค่าอาหาร ค่าเครื่องนุ่งห่ม หรือค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง	4,5,6,9,11
☐ .....เงินทุนประกอบอาชีพแก่สตรีที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว	4,5,6,9,11
☐ .....ค่าวัสดุที่พักชั่วคราว	
☐ .....อื่นๆ ระบุ	9,10,11

7.2 ด้านสิ่งของ (ใส่จำนวน ชนิด รายการ ของสิ่งของด้วย)

☐ ..... เครื่องอุปโภคและบริโภค เช่น มุ้ง ผ้าห่มนอน แป้ง นม

☐ ..... อุปกรณ์การศึกษา ☐ ..... อาหาร ☐ ..... เครื่องนุ่งห่ม ☐ ..... นมผงสำหรับเด็ก ☐ ..... ยารักษาโรค

☐ ..... อื่นๆ ระบุ .....

7.3 ความช่วยเหลืออื่นๆ

☐ .....ส่งไปทำกายภาพบำบัด ☐ ..... ส่งเข้ารับการรักษา/บำบัด ☐ ..... ติดตามหาญาติ

☐ .....เข้ารับบริการในศูนย์บริการผู้สูงอายุ หรืออยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์คนชรา หรือสถานที่อื่นที่เหมาะสม

☐ .....แยกผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรมไปพักอาศัยในสถานที่อื่นซึ่งมีความปลอดภัย

☐ .....นำผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพกาย สุขภาพจิต

☐ .....แจ้งความต่อพนักงานสอบสวนเพื่อดำเนินคดีต่อผู้กระทำผิดทารุณกรรม

☐ .....ให้คำแนะนำแก่ครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอยู่ด้วย เพื่อทำความเข้าใจให้สามารถดูแลผู้สูงอายุมิให้ถูกทารุณกรรมอีก

☐ .....ให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับคดีและเรื่องสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ

☐ .....ให้การฟื้นฟูสภาพร่างกาย สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ให้กลับไปสู่สภาวะปกติ และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย

☐ .....ส่งกลับภูมิลำเนาเดิม

☐ .....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

(.....)

ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับคำขอ

(.....)

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 หรือหลักเกณฑ์ว่าด้วยการนั้น กำหนดให้เป็นผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ หรือ

(๒) นักสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต หรือเจ้าหน้าที่อื่นซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในความควบคุมของนักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต หรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าส่วนราชการเจ้าของเงินอุดหนุน

ผลการพิจารณาให้ความช่วยเหลือของคณะกรรมการพิจารณาให้ความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม

วันที่ประชุมคณะกรรมการฯ.....ครั้งที่.....

○ ทราบ (เร่งด่วน)

○ คุณสมบัติผู้ประสบปัญหาทางสังคม

☐ เห็นชอบ

☐ ไม่เห็นชอบ ระบุเหตุผล.....

.....

○ วิธีการให้ความช่วยเหลือ

☐ เห็นชอบ

☐ ไม่เห็นชอบ ระบุเหตุผล.....

ความเห็นเพิ่มเติม.....

.....

<u>รายละเอียดสำหรับการจ่ายเงิน เท่านั้น</u>

1. **รับด้วยตนเอง/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.....

<u>รายละเอียดสำหรับการรับสิ่งของ</u>

○ รับด้วยตนเอง
○ 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/ที่ทำกิน ☐ ..... อื่นๆ ระบุ .....

☐ ..... **ระงับความช่วยเหลือ** 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.....
☐ สค. หน่วยงาน..... ☐ เงิน..... ☐ สิ่งของ ระบุ..... ☐ อื่นๆ ระบุ.....
☐ กคช. หน่วยงาน..... ☐ เงิน..... ☐ สิ่งของ ระบุ..... ☐ อื่นๆ ระบุ.....
☐ พอช. 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.....
☐ สำนักงานองคมนตรี ☐ เงิน..... ☐ อื่นๆ ระบุ.....
☐ เงินบริจาค/ช่วยเหลือจากบุคคลทั่วไป จำนวน.....บาท