

ที่ ยธ ๐๗๐๕.๓/๗

กรมราชทัณฑ์
๒๒๒ ถนนนนทบุรี ๑
อำเภอเมืองนนทบุรี
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๗

เรื่อง แนวทางปฏิบัติเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์แก่ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอดส์

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แนวทางปฏิบัติเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์แก่ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอดส์ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ จำนวน ๑ ฉบับ
๓. แบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ กระทรวงมหาดไทยและกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ได้แจ้งแนวทางการดำเนินงานจ่ายเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ เงินเบี้ยความพิการ และเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เงินเบี้ยความพิการและเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ กรณีต้องโทษจำคุก ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทราบและถือเป็นแนวทางปฏิบัติ และกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ได้แจ้งข้อมูลกรณีผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอดส์ภายหลังพ้นโทษและประสบปัญหาในการดำรงชีวิต สามารถติดต่อขอรับความช่วยเหลือได้จากกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ นั้น

ในการนี้ กรมราชทัณฑ์พิจารณาแล้ว เพื่อให้การดำเนินงานดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย ผู้ต้องขังติดเชื้อเอชไอวี/ป่วยเอดส์ ที่อยู่ในการดูแลของกรมราชทัณฑ์ ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิที่พึงจะได้รับ รวมถึงหลักเกณฑ์ ขั้นตอน วิธีการในการขอรับสิทธิและเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์เท่าเทียมกับบุคคลภายนอก กรมราชทัณฑ์ ได้จัดทำแนวทางปฏิบัติการขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องโทษจำคุก ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เงินเบี้ยความพิการและเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีต้องโทษจำคุก และความช่วยเหลือด้านเงินสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว ภายหลังพ้นโทษและประสบปัญหาในการดำรงชีวิต จากกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งเรือนจำถือปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมภพ สังคุตแก้ว)
หัวหน้าผู้ตรวจราชการกรม ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมราชทัณฑ์

กองบริการทางการแพทย์
กลุ่มงานเวชกรรมป้องกัน
โทรศัพท์ ๐ ๒๙๖๗ ๓๓๕๓

ผู้ว่าราชการจังหวัด ๖๐ แห่ง

๑. ผู้ว่าราชการจังหวัดกระบี่ / เรือนจำจังหวัดกระบี่
๒. ผู้ว่าราชการจังหวัดกาญจนบุรี / เรือนจำจังหวัดกาญจนบุรี / เรือนจำอำเภอทองผาภูมิ
๓. ผู้ว่าราชการจังหวัดกาฬสินธุ์ / เรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์
๔. ผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น / เรือนจำอำเภอพล
๕. ผู้ว่าราชการจังหวัดจันทบุรี / เรือนจำจังหวัดจันทบุรี
๖. ผู้ว่าราชการจังหวัดชัยนาท / เรือนจำจังหวัดชัยนาท
๗. ผู้ว่าราชการจังหวัดชัยภูมิ / เรือนจำจังหวัดชัยภูมิ
๘. ผู้ว่าราชการจังหวัดชุมพร / เรือนจำจังหวัดชุมพร / เรือนจำอำเภอหลังสวน
๙. ผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงราย / เรือนจำอำเภอเทิง
๑๐. ผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่ / เรือนจำอำเภอฝาง
๑๑. ผู้ว่าราชการจังหวัดตรัง / เรือนจำจังหวัดตรัง
๑๒. ผู้ว่าราชการจังหวัดตราด / เรือนจำจังหวัดตราด
๑๓. ผู้ว่าราชการจังหวัดตาก / เรือนจำอำเภอแม่สอด
๑๔. ผู้ว่าราชการจังหวัดนครนายก / เรือนจำจังหวัดนครนายก
๑๕. ผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมา / เรือนจำอำเภอบัวใหญ่ / เรือนจำอำเภอสีคิ้ว
๑๖. ผู้ว่าราชการจังหวัดนครศรีธรรมราช / เรือนจำอำเภอทุ่งสง / เรือนจำอำเภอปากพนัง
๑๗. ผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี / เรือนจำจังหวัดนนทบุรี
๑๘. ผู้ว่าราชการจังหวัดนราธิวาส / เรือนจำจังหวัดนราธิวาส
๑๙. ผู้ว่าราชการจังหวัดน่าน / เรือนจำจังหวัดน่าน
๒๐. ผู้ว่าราชการจังหวัดบึงกาฬ / เรือนจำจังหวัดบึงกาฬ
๒๑. ผู้ว่าราชการจังหวัดบุรีรัมย์ / เรือนจำจังหวัดบุรีรัมย์ / เรือนจำอำเภอนางรอง
๒๒. ผู้ว่าราชการจังหวัดปทุมธานี / เรือนจำจังหวัดปทุมธานี / เรือนจำอำเภอธัญบุรี
๒๓. ผู้ว่าราชการจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ / เรือนจำจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
๒๔. ผู้ว่าราชการจังหวัดปราจีนบุรี / เรือนจำจังหวัดปราจีนบุรี / เรือนจำอำเภอกบินทร์บุรี
๒๕. ผู้ว่าราชการจังหวัดพะเยา / เรือนจำจังหวัดพะเยา
๒๖. ผู้ว่าราชการจังหวัดพังงา / เรือนจำจังหวัดพังงา / เรือนจำอำเภอตะกั่วป่า
๒๗. ผู้ว่าราชการจังหวัดพระนครศรีอยุธยา / เรือนจำจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
๒๘. ผู้ว่าราชการจังหวัดพิจิตร / เรือนจำจังหวัดพิจิตร
๒๙. ผู้ว่าราชการจังหวัดพิษณุโลก / เรือนจำจังหวัดพิษณุโลก
๓๐. ผู้ว่าราชการจังหวัดเพชรบูรณ์ / เรือนจำจังหวัดเพชรบูรณ์ / เรือนจำอำเภอหล่มสัก
๓๑. ผู้ว่าราชการจังหวัดแพร่ / เรือนจำจังหวัดแพร่
๓๒. ผู้ว่าราชการจังหวัดภูเก็ต / เรือนจำจังหวัดภูเก็ต
๓๓. ผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม / เรือนจำจังหวัดมหาสารคาม
๓๔. ผู้ว่าราชการจังหวัดมุกดาหาร / เรือนจำจังหวัดมุกดาหาร
๓๕. ผู้ว่าราชการจังหวัดแม่ฮ่องสอน / เรือนจำจังหวัดแม่ฮ่องสอน / เรือนจำอำเภอแม่สะเรียง

ผู้ว่าราชการจังหวัด ๖๐ แห่ง (ต่อ)

๓๖. ผู้ว่าราชการจังหวัดยะลา / เรือนจำอำเภอเบตง
๓๗. ผู้ว่าราชการจังหวัดยโสธร / เรือนจำจังหวัดยโสธร
๓๘. ผู้ว่าราชการจังหวัดระนอง / เรือนจำจังหวัดระนอง
๓๙. ผู้ว่าราชการจังหวัดร้อยเอ็ด / เรือนจำจังหวัดร้อยเอ็ด
๔๐. ผู้ว่าราชการจังหวัดลพบุรี / เรือนจำอำเภอชัยบาดาล
๔๑. ผู้ว่าราชการจังหวัดลำพูน / เรือนจำจังหวัดลำพูน
๔๒. ผู้ว่าราชการจังหวัดเลย / เรือนจำจังหวัดเลย
๔๓. ผู้ว่าราชการจังหวัดศรีสะเกษ / เรือนจำจังหวัดศรีสะเกษ / เรือนจำอำเภอกันทรลักษณ์
๔๔. ผู้ว่าราชการจังหวัดสกลนคร / เรือนจำจังหวัดสกลนคร / เรือนจำอำเภอสว่างแดนดิน
๔๕. ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา / เรือนจำจังหวัดสงขลา / เรือนจำอำเภอนาทวี
๔๖. ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล / เรือนจำจังหวัดสตูล
๔๗. ผู้ว่าราชการจังหวัดสมุทรสาคร / เรือนจำจังหวัดสมุทรสาคร
๔๘. ผู้ว่าราชการจังหวัดสระแก้ว / เรือนจำจังหวัดสระแก้ว
๔๙. ผู้ว่าราชการจังหวัดสระบุรี / เรือนจำจังหวัดสระบุรี
๕๐. ผู้ว่าราชการจังหวัดสิงห์บุรี / เรือนจำจังหวัดสิงห์บุรี
๕๑. ผู้ว่าราชการจังหวัดสุโขทัย / เรือนจำจังหวัดสุโขทัย / เรือนจำอำเภอสวรรคโลก
๕๒. ผู้ว่าราชการจังหวัดสุพรรณบุรี / เรือนจำจังหวัดสุพรรณบุรี
๕๓. ผู้ว่าราชการจังหวัดสุราษฎร์ธานี / เรือนจำอำเภอเกาะสมุย / เรือนจำอำเภอไชยา
๕๔. ผู้ว่าราชการจังหวัดสุรินทร์ / เรือนจำอำเภอรัตนบุรี
๕๕. ผู้ว่าราชการจังหวัดหนองคาย / เรือนจำจังหวัดหนองคาย
๕๖. ผู้ว่าราชการจังหวัดหนองบัวลำภู / เรือนจำจังหวัดหนองบัวลำภู
๕๗. ผู้ว่าราชการจังหวัดอ่างทอง / เรือนจำจังหวัดอ่างทอง
๕๘. ผู้ว่าราชการจังหวัดอุตรดิตถ์ / เรือนจำจังหวัดอุตรดิตถ์
๕๙. ผู้ว่าราชการจังหวัดอุทัยธานี / เรือนจำจังหวัดอุทัยธานี
๖๐. ผู้ว่าราชการจังหวัดอำนาจเจริญ / เรือนจำจังหวัดอำนาจเจริญ

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมราชทัณฑ์ กองบริการทางการแพทย์ โทร. ๐ ๒๙๖๗ ๓๓๕๓

ที่ ยธ ๐๗๐๕.๓/๒๖ **วันที่** ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๗

เรื่อง แนวทางปฏิบัติเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์แก่ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอดส์

เรียน ผู้บัญชาการเรือนจำ ผู้อำนวยการทัณฑสถาน และผู้อำนวยการสถานกักขัง

ด้วยกรมราชทัณฑ์ ได้ดำเนินการจัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์แก่ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอดส์ที่ต้องโทษจำคุก ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ และความช่วยเหลือด้านเงินสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว ภายหลังพ้นโทษและประสบปัญหาในการดำรงชีวิต จากกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

กรมราชทัณฑ์พิจารณาแล้ว เพื่อให้ผู้ต้องขังติดเชื้อเอชไอวี/ป่วยเอดส์ ที่อยู่ในการดูแลของกรมราชทัณฑ์ ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิที่พึงจะได้รับ รวมถึงหลักเกณฑ์ ขั้นตอน วิธีการในการขอรับสิทธิและเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์เท่าเทียมกับบุคคลภายนอก กรมราชทัณฑ์ จึงขอให้เรือนจำและทัณฑสถานดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติการขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องโทษจำคุกตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และความช่วยเหลือด้านเงินสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว ภายหลังพ้นโทษและประสบปัญหาในการดำรงชีวิต จากกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ข้อมูลการขอรับเงินสงเคราะห์ดังกล่าว ให้กับผู้ต้องขังทราบ รายละเอียดปรากฏตามเอกสารแนบท้าย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

(นายสมภพ สังคุตแก้ว)
หัวหน้าผู้ตรวจราชการกรม ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมราชทัณฑ์

ผู้บัญชาการเรือนจำ/ผู้อำนวยการทัณฑสถาน ๖๖ แห่ง

๑. เรือนจำพิเศษกรุงเทพมหานคร
๒. เรือนจำพิเศษธนบุรี
๓. เรือนจำพิเศษพัทยา
๔. เรือนจำพิเศษมีนบุรี
๕. เรือนจำกลางกำแพงเพชร
๖. เรือนจำกลางขอนแก่น
๗. เรือนจำกลางเขาบิน
๘. เรือนจำกลางคลองเปรม
๙. เรือนจำกลางคลองไผ่
๑๐. เรือนจำกลางฉะเชิงเทรา
๑๑. เรือนจำกลางชลบุรี
๑๒. เรือนจำกลางเชียงราย
๑๓. เรือนจำกลางเชียงใหม่
๑๔. เรือนจำกลางตาก
๑๕. เรือนจำกลางนครปฐม
๑๖. เรือนจำกลางนครพนม
๑๗. เรือนจำกลางนครราชสีมา
๑๘. เรือนจำกลางนครศรีธรรมราช
๑๙. เรือนจำกลางนครสวรรค์
๒๐. เรือนจำกลางบางขวาง
๒๑. เรือนจำกลางปัตตานี
๒๒. เรือนจำกลางพระนครศรีอยุธยา
๒๓. เรือนจำกลางพัทลุง
๒๔. เรือนจำกลางพิษณุโลก
๒๕. เรือนจำกลางเพชรบุรี
๒๖. เรือนจำกลางยะลา
๒๗. เรือนจำกลางระยอง
๒๘. เรือนจำกลางราชบุรี
๒๙. เรือนจำกลางลพบุรี
๓๐. เรือนจำกลางลำปาง
๓๑. เรือนจำกลางสงขลา
๓๒. เรือนจำกลางสมุทรปราการ
๓๓. เรือนจำกลางสมุทรสงคราม
๓๔. เรือนจำกลางสุราษฎร์ธานี
๓๕. เรือนจำกลางสุรินทร์

๓๖. เรือนจำกลางอุดรธานี
๓๗. เรือนจำกลางอุบลราชธานี
๓๘. ทัณฑสถานเกษตรอุตสาหกรรมเขาพริก
๓๙. ทัณฑสถานบำบัดพิเศษกลาง
๔๐. ทัณฑสถานบำบัดพิเศษขอนแก่น
๔๑. ทัณฑสถานบำบัดพิเศษจังหวัดปทุมธานี
๔๒. ทัณฑสถานบำบัดพิเศษพระนครศรีอยุธยา
๔๓. ทัณฑสถานบำบัดพิเศษลำปาง
๔๔. ทัณฑสถานบำบัดพิเศษสงขลา
๔๕. ทัณฑสถานบำบัดพิเศษหญิง
๔๖. ทัณฑสถานเปิดทุ่งเบญจา
๔๗. ทัณฑสถานเปิดบ้านนาวง
๔๘. ทัณฑสถานเปิดบ้านเนินสูง
๔๙. ทัณฑสถานเปิดหนองน้ำขุ่น
๕๐. ทัณฑสถานเปิดห้วยโป่ง
๕๑. ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์
๕๒. ทัณฑสถานวัยหนุ่มกลาง
๕๓. ทัณฑสถานวัยหนุ่มนครศรีธรรมราช
๕๔. ทัณฑสถานวัยหนุ่มพระนครศรีอยุธยา
๕๕. ทัณฑสถานหญิงกลาง
๕๖. ทัณฑสถานหญิงชลบุรี
๕๗. ทัณฑสถานหญิงเชียงใหม่
๕๘. ทัณฑสถานหญิงธนบุรี
๕๙. ทัณฑสถานหญิงนครราชสีมา
๖๐. ทัณฑสถานหญิงพิษณุโลก
๖๑. ทัณฑสถานหญิงสงขลา
๖๒. สถานกักขังกลางจังหวัดตราด
๖๓. สถานกักขังกลางจังหวัดนครศรีธรรมราช
๖๔. สถานกักขังกลางจังหวัดปทุมธานี
๖๕. สถานกักขังกลางจังหวัดร้อยเอ็ด
๖๖. สถานกักขังกลางจังหวัดลำปาง



ที่ ยธ ๐๗๐๕.๓/๒๘

ถึง

กรมราชทัณฑ์ ได้มีหนังสือ ที่ ยธ ๐๗๐๕.๓/๗ ลงวันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๗ เรื่อง แนวทางปฏิบัติเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์แก่ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอดส์

ฉะนั้น จึงขอส่งสำเนาหนังสือดังกล่าวมาเพื่อดำเนินการต่อไป



กองบริการทางการแพทย์
กลุ่มงานเวชกรรมป้องกัน
โทรศัพท์ ๐ ๒๙๖๗ ๓๓๕๓
โทรสาร ๐ ๒๙๖๗ ๒๑๔๖

เรือนจำจังหวัด/เรือนจำอำเภอ ๗๖ แห่ง

๑. เรือนจำจังหวัดกระบี่ / จังหวัดกระบี่
๒. เรือนจำจังหวัดกาญจนบุรี / จังหวัดกาญจนบุรี
๓. เรือนจำจังหวัดกาฬสินธุ์ / จังหวัดกาฬสินธุ์
๔. เรือนจำจังหวัดจันทบุรี / จังหวัดจันทบุรี
๕. เรือนจำจังหวัดชัยนาท / จังหวัดชัยนาท
๖. เรือนจำจังหวัดชัยภูมิ / จังหวัดชัยภูมิ
๗. เรือนจำจังหวัดชุมพร / จังหวัดชุมพร
๘. เรือนจำจังหวัดตรัง / จังหวัดตรัง
๙. เรือนจำจังหวัดตราด / จังหวัดตราด
๑๐. เรือนจำจังหวัดนครนายก / จังหวัดนครนายก
๑๑. เรือนจำจังหวัดนนทบุรี / จังหวัดนนทบุรี
๑๒. เรือนจำจังหวัดนราธิวาส / จังหวัดนราธิวาส
๑๓. เรือนจำจังหวัดน่าน / จังหวัดน่าน
๑๔. เรือนจำจังหวัดบึงกาฬ / จังหวัดบึงกาฬ
๑๕. เรือนจำจังหวัดบุรีรัมย์ / จังหวัดบุรีรัมย์
๑๖. เรือนจำจังหวัดปทุมธานี / จังหวัดปทุมธานี
๑๗. เรือนจำจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ / จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
๑๘. เรือนจำจังหวัดปราจีนบุรี / จังหวัดปราจีนบุรี
๑๙. เรือนจำจังหวัดพะเยา / จังหวัดพะเยา
๒๐. เรือนจำจังหวัดพังงา / จังหวัดพังงา
๒๑. เรือนจำจังหวัดพระนครศรีอยุธยา / จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
๒๒. เรือนจำจังหวัดพิจิตร / จังหวัดพิจิตร
๒๓. เรือนจำจังหวัดพิษณุโลก / จังหวัดพิษณุโลก
๒๔. เรือนจำจังหวัดเพชรบูรณ์ / จังหวัดเพชรบูรณ์
๒๕. เรือนจำจังหวัดแพร่ / จังหวัดแพร่
๒๖. เรือนจำจังหวัดภูเก็ต / จังหวัดภูเก็ต
๒๗. เรือนจำจังหวัดมหาสารคาม / จังหวัดมหาสารคาม
๒๘. เรือนจำจังหวัดมุกดาหาร / จังหวัดมุกดาหาร
๒๙. เรือนจำจังหวัดแม่ฮ่องสอน / จังหวัดแม่ฮ่องสอน
๓๐. เรือนจำจังหวัดยโสธร / จังหวัดยโสธร
๓๑. เรือนจำจังหวัดระนอง / จังหวัดระนอง
๓๒. เรือนจำจังหวัดร้อยเอ็ด / จังหวัดร้อยเอ็ด
๓๓. เรือนจำจังหวัดลำพูน / จังหวัดลำพูน
๓๔. เรือนจำจังหวัดเลย / จังหวัดเลย
๓๕. เรือนจำจังหวัดศรีสะเกษ / จังหวัดศรีสะเกษ
๓๖. เรือนจำจังหวัดสกลนคร / จังหวัดสกลนคร
๓๗. เรือนจำจังหวัดสงขลา / จังหวัดสงขลา

เรือนจำจังหวัด / เรือนจำอำเภอ ๗๖ แห่ง (ต่อ)

๓๙. เรือนจำจังหวัดสมุทรสาคร / จังหวัดสมุทรสาคร
๔๐. เรือนจำจังหวัดสระแก้ว / จังหวัดสระแก้ว
๔๑. เรือนจำจังหวัดสระบุรี / จังหวัดสระบุรี
๔๒. เรือนจำจังหวัดสิงห์บุรี / จังหวัดสิงห์บุรี
๔๓. เรือนจำจังหวัดสุโขทัย / จังหวัดสุโขทัย
๔๔. เรือนจำจังหวัดสุพรรณบุรี / จังหวัดสุพรรณบุรี
๔๕. เรือนจำจังหวัดหนองคาย / จังหวัดหนองคาย
๔๖. เรือนจำจังหวัดหนองบัวลำภู / จังหวัดหนองบัวลำภู
๔๗. เรือนจำจังหวัดอ่างทอง / จังหวัดอ่างทอง
๔๘. เรือนจำจังหวัดอุตรดิตถ์ / จังหวัดอุตรดิตถ์
๔๙. เรือนจำจังหวัดอุทัยธานี / จังหวัดอุทัยธานี
๕๐. เรือนจำจังหวัดอำนาจเจริญ / จังหวัดอำนาจเจริญ
๕๑. เรือนจำอำเภอกบินทร์บุรี / จังหวัดปราจีนบุรี
๕๒. เรือนจำอำเภอกันทรลักษณ์ / จังหวัดศรีสะเกษ
๕๓. เรือนจำอำเภอเกาะสมุย / จังวัดสุราษฎร์ธานี
๕๔. เรือนจำอำเภอชัยบาดาล / จังหวัดลพบุรี
๕๕. เรือนจำอำเภอไชยา / จังหวัดสุราษฎร์ธานี
๕๖. เรือนจำอำเภอตะกั่วป่า / จังหวัดพังงา
๕๗. เรือนจำอำเภอทองผาภูมิ / จังหวัดกาญจนบุรี
๕๘. เรือนจำอำเภอทุ่งสง / จังหวัดนครศรีธรรมราช
๕๙. เรือนจำอำเภอเทิง / จังหวัดเชียงราย
๖๐. เรือนจำอำเภอธัญบุรี / จังหวัดปทุมธานี
๖๑. เรือนจำอำเภอนางรอง / จังหวัดบุรีรัมย์
๖๒. เรือนจำอำเภอนาทวี / จังหวัดสงขลา
๖๓. เรือนจำอำเภอบัวใหญ่ / จังหวัดนครราชสีมา
๖๔. เรือนจำอำเภอเบตง / จังหวัดยะลา
๖๕. เรือนจำอำเภอปากพนัง / จังหวัดนครศรีธรรมราช
๖๖. เรือนจำอำเภอฝาง / จังหวัดเชียงใหม่
๖๗. เรือนจำอำเภอพล / จังหวัดขอนแก่น
๖๘. เรือนจำอำเภอภูเขียว / จังหวัดชัยภูมิ
๖๙. เรือนจำอำเภอแม่สอด / จังหวัดตาก
๗๐. เรือนจำอำเภอแม่สะเรียง / จังหวัดแม่ฮ่องสอน
๗๑. เรือนจำอำเภอรัตนบุรี / จังหวัดสุรินทร์
๗๒. เรือนจำอำเภอสวรรคโลก / จังหวัดสุโขทัย
๗๓. เรือนจำอำเภอสว่างแดนดิน / จังหวัดสกลนคร
๗๔. เรือนจำอำเภอสีคิ้ว / จังหวัดนครราชสีมา
๗๕. เรือนจำอำเภอหล่มสัก / จังหวัดเพชรบูรณ์

แนวทางปฏิบัติเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์แก่ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอดส์

.....

กรมราชทัณฑ์ ได้จัดทำแนวทางปฏิบัติ เพื่อขอรับเงินสงเคราะห์แก่ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอดส์ โดยแบ่งเป็น ๒ กรณี คือ กรณีต้องโทษจำคุกและภายหลังพ้นโทษ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑) กรณีต้องโทษจำคุก การรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องโทษจำคุก ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เงินเบี้ยความพิการ และเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ข้อ ๕ แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เงินเบี้ยความพิการ และเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ กรณีต้องโทษจำคุก จำนวน ๕๐๐ บาทต่อเดือน ให้เรือนจำและทัณฑสถานดำเนินการ ดังนี้

ก. สำรวจรายชื่อผู้ต้องขังติดเชื้อเอชไอวี/ป่วยเอดส์ และประสงค์ขอขึ้นทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์โดยต้องเป็นผู้ต้องขังติดเชื้อเอชไอวี/ป่วยเอดส์รายใหม่ไม่เคยขึ้นทะเบียน และได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์มาก่อน สัญชาติไทย มีภูมิลำเนาหรือมีชื่อในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนพักอาศัยและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า ป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

ข. ดำเนินการยื่นคำขอลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์สำหรับผู้ต้องขัง เอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย

- บัตรประจำตัวประชาชน พร้อมสำเนา
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐที่ระบุว่าป่วยเป็นผู้ป่วยเอดส์จริง
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา สำหรับกรณีที่ผู้ขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร (กรณีผู้ต้องขังไม่มีสมุดบัญชีธนาคาร ให้เจ้าหน้าที่เรือนจำ /ทัณฑสถานประสานเจ้าหน้าที่ธนาคารมาเปิดบัญชี ณ เรือนจำ/ทัณฑสถาน)

ค. การยื่นคำขอลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากผู้ต้องขังไม่สามารถยื่นคำขอลงทะเบียนด้วยตนเองได้ ให้มอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอแทนได้ โดยผู้ต้องขังหรือผู้ถูกจำคุกในเรือนจำ/ทัณฑสถาน มอบอำนาจให้ผู้บัญชาการเรือนจำ /ผู้อำนวยการทัณฑสถาน หรือเจ้าหน้าที่ ที่ผู้บัญชาการเรือนจำ/ผู้อำนวยการทัณฑสถานมอบหมาย ยื่นต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามภูมิลำเนา ของผู้มีสิทธิ

๒) ภายหลังพ้นโทษ ประชาสัมพันธ์ข้อมูลให้ผู้ต้องขังติดเชื้อเอดส์ก่อนพ้นโทษทราบ ภายหลังพ้นโทษหากผู้ต้องขังติดเชื้อเอดส์และครอบครัวประสบปัญหาความเดือดร้อน ต้องติดต่อกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ หรือ สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง หรือ ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งประจำจังหวัด เพื่อยื่นเอกสารขอรับความช่วยเหลือ โดยสามารถแสดงรายละเอียดรายการค่าใช้จ่ายในการขอรับความช่วยเหลือที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาความเดือดร้อน พร้อมยื่นเอกสารด้วยตนเองได้ที่ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ หรือศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งประจำจังหวัด ทั้งนี้ การให้ความช่วยเหลือด้านเงินสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว มี ๒ รูปแบบ คือ

ก. เงินสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว เป็นเงินหรือสิ่งของตามที่กระทรวงการคลังกำหนด ไม่เกินครั้งละ ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน) และช่วยเหลือติดต่อกันไม่เกิน ๓ ครั้งต่อครอบครัว

ข. เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ กำหนดรายการค่าใช้จ่าย คือ เครื่องอุปโภคบริโภค ค่ารักษาพยาบาล ค่าซ่อมแซมที่อยู่อาศัยเท่าที่จำเป็น ช่วยเงินเงินทุนประกอบอาชีพ และกรณีอื่นๆ เท่าที่จำเป็นตามที่อธิบดีกรมประชาสงเคราะห์ หรือผู้ได้รับมอบหมายอนุมัติเป็นการเฉพาะราย

ทะเบียนเลขที่...../๒๕.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕.....

ผู้ยื่นคำขอฯ [ ] แจ้งด้วยตนเอง

[ ] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ – สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน .....

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ. .....อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียน

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ .....

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ .....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

เกี่ยวข้องโดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามี-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ อื่นๆ .....

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. .....โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน
(.....)

<u>หมายเหตุ</u> ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

เรียน คณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐ แล้ว

☐ เป็นผู้มีสิทธิครบถ้วน

☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) ..... เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน
(.....)
ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกองค์การบริหารส่วน.....

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

.....	.....	.....
(.....)	(.....)	(.....)
กรรมการ	กรรมการ	กรรมการ

คำสั่ง

☐ รับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน

☐ อื่นๆ.....

(.....)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบล.....
..... / ..... / .....

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ที่ .....

วันที่ ..... เดือน .....พ.ศ. .....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า ..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร .....
เลขที่ ..... ออกให้ ณ ..... เมื่อวันที่ ..... อยู่
บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน ..... แขวง/ตำบล ..... เขต/
อำเภอ ..... จังหวัด..... โทรศัพท์ .....

ขอมอบอำนาจให้ ..... เกี่ยวพันเป็น .....
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร ..... เลขที่ ..... ออกให้ ณ .....
เมื่อวันที่ ..... .อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....
แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด .....
โทรศัพท์ .....

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หนังสือมอบอำนาจยื่นรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ที่ .....

วันที่ ..... เดือน .....พ.ศ. .....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า ..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร .....
เลขที่ ..... ออกให้ ณ ..... เมื่อวันที่ .....
อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน ..... แขวง/ตำบล .....
เขต/อำเภอ ..... จังหวัด..... โทรศัพท์ .....

ขอมอบอำนาจให้ ..... เกี่ยวพันเป็น .....
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร ..... เลขที่ ..... ออกให้ ณ .....
เมื่อวันที่ ..... .อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย .....
ถนน ..... แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ .....
จังหวัด ..... โทรศัพท์ .....

เป็นผู้มีอำนาจ รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ “ทั้งในขณะมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงกรมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ..... ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน
(.....)

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล.....

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ..... ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ถนน.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ
.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... ขอแจ้งความประสงค์
ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติมดังนี้

1. ที่พักอาศัย ( ) เป็นของตนเอง
และมีลักษณะ ( ) ชำรุดทรุดโทรม ( ) ชำรุดทรุดโทรมบางส่วน ( ) มั่นคงถาวร
( ) เป็นของ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

2 . ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระทาง.....สามารถเดินทางได้
( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก .....
อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้
( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก .....
อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้
( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก .....

3. การพักอาศัย
( ) อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....
( ) พักอาศัยกับ ..... รวม .....คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน
มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

4. รายได้ – รายจ่าย
มีรายได้รวม.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....
นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....
บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....สถานที่ติดต่อเลขที่.....
ถนน.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ให้ถ้อยคำ
(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... .....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณ .....เมื่อวันที่..... ..อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....แขวง/ตำบล..... .....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร..... .....
เลขที่..... ออกให้ ณ..... เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....แขวง/ตำบล..... .....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน..... แทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

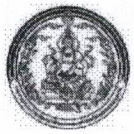
สำหรับ เจ้าหน้าที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เท่านั้น

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 ○ หอดทิ้ง ○ 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	4,5,6,9,11
☐ .....ค่าเครื่องนุ่งห่ม	4,5,6,9,11
☐ .....ค่าพาหนะเดินทาง ค่าอาหาร ค่าเครื่องนุ่งห่ม หรือค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้น แก่ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง	4,5,6,9,11
☐ .....เงินทุนประกอบอาชีพแก่สตรีที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว	4,5,6,9,11
☐ .....ค่าวัสดุที่พักชั่วคราว	4,5,6,9,11
☐ .....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

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.....

แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ

KTB Corporate Online

วันที่.....

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดน่าน

ข้าพเจ้า.....

เลขประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

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

ขอรับเงิน.....

จำนวน.....บาท (.....)

ผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารมาเพื่อเป็นหลักฐานด้วยแล้ว

☐ เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....ประเภท.....
เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

และเมื่อโอนเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online แล้ว ให้ส่งข้อมูลการโอนเงินผ่านช่องทาง

☐ ข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ (SMS) ที่เบอร์โทรศัพท์.....

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

ลงชื่อ.....ผู้มีสิทธิรับเงิน

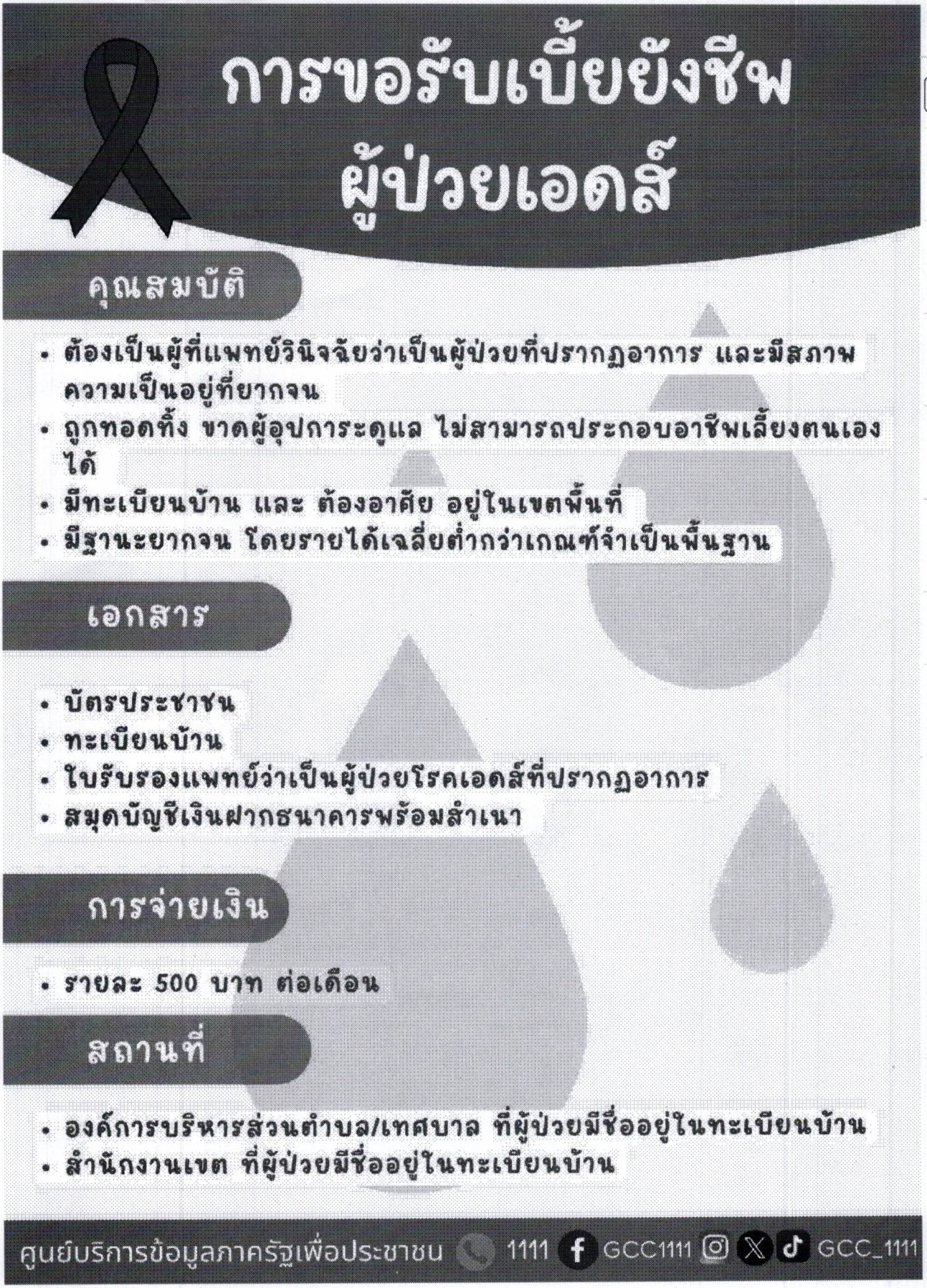
(.....)

หมายเหตุ - แนบเอกสารดังต่อไปนี้

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
๓. สำเนาบัญชีธนาคาร พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
๔. ข้อมูลที่กรอกเป็นข้อมูลของเจ้าของบัญชี เท่านั้น และบัญชีเงินฝากธนาคารต้องมีความเคลื่อนไหว
๕. รูปถ่ายสภาพบ้าน และผู้ประสบปัญหาทางสังคม

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดน่าน (ศาลากลางจังหวัด ชั้น ๑)

- ฝ่ายบริหารทั่วไป (สอบถามผลการเบิกจ่าย) โทรศัพท์ ๐๕๔-๗๑๖-๔๐๑
- [illegible]



« กลับ
อัปโหล
แนวทางปฏิบั
ผู้ต้องขังติดเ
แนวทางปฏิบั
สงเคราะห์.pd
แบบคำขอยื่น
ป่วยเอดส์.pd
ใบมอบอำนา
ทะเบียน).pd
แบบคำขอรับ
ปัญหาทางสั
เอกสารแนบา
แนวทางปฏิบั
ผู้ต้องขังติดเ