

ที่ ปจ ๗๑๓๐๑/ว ๑๖๖๕



ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลย่านรี
อำเภอekinบุรี ปจ ๒๕๑๑๐

๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความร่วมมือสำรวจข้อมูลผู้ประสบปัญหาทางสังคม

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑.แบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม	จำนวน ๑ ชุด
	๒.เอกสารประกอบแบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม	จำนวน ๑ ฉบับ
	๓.คุณสมบัติและหลักเกณฑ์	จำนวน ๑ ฉบับ
	๔.ประกาศจังหวัดปราจีนบุรี เรื่อง การกำหนดหน่วยบริการในพื้นที่ ฯ	จำนวน ๑ ฉบับ
	๕.แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corperate On Line	จำนวน ๑ ฉบับ
	๖.หนังสือรับรองที่อยู่อาศัย	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย องค์การบริหารส่วนตำบลย่านรี ได้รับแจ้งจากอำเภอekinบุรีว่า ขอให้
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสำรวจข้อมูลประชาชนที่ประสบปัญหาทางสังคมในพื้นที่ตามกลุ่มเป้าหมายเด็ก
แห่งละ ๑๐ ราย ผู้พิการ แห่งละ ๑๐ ราย ผู้สูงอายุ แห่งละ ๑๐ ราย และผู้ประสบปัญหาทางสังคม
กรณีฉุกเฉิน แห่งละ ๓๐ ราย ที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขในเบื้องต้น อยู่ในภาวะยากลำบากและมีรายได้
ไม่เพียงพอต่อการยังชีพ

องค์การบริหารส่วนตำบลย่านรี จึงขอความอนุเคราะห์ท่านในการสำรวจผู้ประสบปัญหา
ทางสังคมในพื้นที่ของท่าน ตามรายละเอียดดังกล่าว เบื้องต้น ทั้งนี้ กรุณาส่งข้อมูลให้กับองค์การบริหารส่วน
ตำบลย่านรี ภายในวันจันทร์ที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๗ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการดำเนินการให้กับ
สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดปราจีนบุรี ต่อไป รายละเอียดปรากฏ
ตามสิ่งที่ส่งมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายทองกลาง พิลาโท)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลย่านรี

สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

งานสวัสดิการสังคม

โทร. ๐-๓๗๒๑-๐๗๔๓

โทรสาร ๐-๓๗๒๑-๐๗๔๒

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban@yanree.go.th

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.....

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
- ไม่มีที่อยู่อาศัย
- สภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมต่อการพักอาศัย
- เร่วร้อน

6.2 ด้านสุขภาพอนามัย

- ติดเชื้อเอดส์ (HIV)/ ป่วยด้วยโรคเอดส์
- ป่วยเป็นโรคร้ายแรง
- ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน
- ผู้ป่วยทางจิต
- หลงลืมชราภาพ
- เจ็บป่วยเรื้อรัง
- ไม่ได้การรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- โรคซึมเศร้า
- ได้รับผลกระทบจากเชื้อเอดส์/ป่วยด้วยโรคเอดส์
- ขาดแคลนกายอุปกรณ์/ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ
- ตติยาเสพติด
- อื่นๆ ระบุ.....

6.3 ด้านการศึกษา

- ขาดโอกาสทางการศึกษา
- ไม่มีทุนการศึกษา

6.4 ด้านการมีงานทำ และมีรายได้

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

6.5 ด้านครอบครัว

- กำพรว้า ครอบครัวแตกแยก/พ่อแม่แยกทาง
- ครอบครัวอุปถัมภ์ ได้รับการเลี้ยงดูไม่เหมาะสม
- ได้รับผลกระทบจากการที่คนในครอบครัวต้องโทษจำคุก ต้องดูแลบุคคลในครอบครัว
- ต้องรับภาระหน้าที่ในครอบครัวเกินวัย/เกินความสามารถสติปัญญา ตั้งครรถ์นอกสมรส
- ตั้งครรถ์ในวัยรุ่นและไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตร ถูกทอดทิ้ง
- อยู่ตามลำพังไม่มีผู้ดูแล และมีปัญหาในการดำรงชีวิต ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม
- ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลไม่สามารถอุปการะเลี้ยงดูได้ พ่อแม่ที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง/พ่อเลี้ยงเดี่ยว
- แม่เฒ่าที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง/แม่เลี้ยงเดี่ยว ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน
- ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางคืน ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้
- ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านร่างกาย ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านจิตใจ
- ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านเพศ ครอบครัวมีหนี้สิน
- ครอบครัวมีภาระเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (อาทิ เด็กคนพิการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดยาเสพติด)
- ผู้อุปการะมีฐานะยากจน/ขาดแคลน ครอบครัวยากจน

6.6 ด้านความรุนแรงในครอบครัว/สังคม

- เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น ทารุณกรรมทางร่างกาย
- ทารุณกรรมทางจิตใจ ทารุณกรรมทางเพศ

6.7 ด้านการเป็นผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์

- ตกเป็นเครื่องมือแสวงหาผลประโยชน์อื่นๆ ถูกทารุณกรรม/กักขัง/หน่วงเหนี่ยว
- ถูกบังคับขอรทาน ถูกบังคับค้าประเวณี
- ถูกล่อลวง ถูกแสวงหาประโยชน์ทางเพศ
- เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น ถูกบังคับใช้แรงงาน
- ถูกบังคับให้ประพาศติผิดกฎหมาย

6.8 ด้านการเข้าถึงสิทธิและความเป็นธรรมในสังคม

- ไม่มีค่าพาหนะเดินทางกลับภูมิลำเนา
- ไม่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐ
- ยังไม่ยื่นคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ
- ไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎร
- 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	
<p>7.1 ด้านเงิน (ใส่จำนวนเงินด้วย)</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าเลี้ยงดู ค่าพาหนะ สำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน</p> <p><input type="checkbox"/>เกี่ยวกับการศึกษาสำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน</p> <p><input type="checkbox"/>เงินทุนประกอบอาชีพ สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน</p> <p><input type="checkbox"/>ค่ารักษาพยาบาล สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน</p> <p><input type="checkbox"/>ค่ากายอุปกรณ์แก่เด็กพิการและทุพพลภาพ</p> <p><input type="checkbox"/>อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยป้องกันและแก้ไขความพิการของเด็ก</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าใช้จ่ายในการส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าอาหารระหว่างรอรับการสงเคราะห์ และระหว่างเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิม</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าพาหนะส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าเช่าที่พักของผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระหว่างรอรับการสงเคราะห์ ระหว่างการเดินทางเพื่อรับการสงเคราะห์หรือกลับภูมิลำเนาเดิม</p> <p><input type="checkbox"/>เงินอุดหนุนเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าเครื่องอุปโภคบริโภค</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าใช้จ่ายในการครองชีพตามความจำเป็น</p> <p><input type="checkbox"/>ค่ารักษาพยาบาล เช่น ค่ายา ค่าอุปกรณ์การรักษา ค่าอาหารที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของทางราชการรวมถึงค่าพาหนะ ค่าอาหาร ระหว่างติดต่อรักษาพยาบาล</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าซ่อมแซมที่อยู่อาศัย</p> <p><input type="checkbox"/>เงินทุนประกอบอาชีพ</p> <p><input type="checkbox"/>เงินทุนประกอบอาชีพ รวมถึงการรวมกลุ่ม</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าอาหาร</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าเครื่องนุ่งห่ม</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าพาหนะเดินทาง ค่าอาหาร ค่าเครื่องนุ่งห่ม หรือค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง</p> <p><input type="checkbox"/>เงินทุนประกอบอาชีพแก่สตรีที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว</p> <p><input type="checkbox"/>ค่าวัสดุที่พักชั่วคราว</p> <p><input type="checkbox"/>อื่นๆ ระบุ</p>	<p>บัญชีท้ายระเบียบฯลำดับที่</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4,5,6,9,11</p> <p>4,5,6,9,11</p> <p>4,5,6,9,11</p> <p>4,5,6,9,11</p> <p>4,5,6,9,11</p> <p>4,5,6,9,11</p> <p>4,5,6,9,11</p> <p>4,5,6,9,11</p> <p>4,5,6,9,11</p> <p>9,10,11</p>
<p>7.2 ด้านสิ่งของ (ใส่จำนวน ชนิด รายการ ของสิ่งของด้วย)</p> <p><input type="checkbox"/> เครื่องอุปโภคและบริโภค เช่น มุ้ง ผ้าห่มนอน แป้ง นม</p> <p><input type="checkbox"/> อุปกรณ์การศึกษา <input type="checkbox"/> อาหาร <input type="checkbox"/> เครื่องนุ่งห่ม <input type="checkbox"/> นมผงสำหรับเด็ก <input type="checkbox"/> ยารักษาโรค</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ</p>	
<p>7.3 ความช่วยเหลืออื่นๆ</p> <p><input type="checkbox"/>ส่งไปทำกายภาพบำบัด <input type="checkbox"/> ส่งเข้ารับการรักษา/บำบัด <input type="checkbox"/> ติดตามหาญาติ</p> <p><input type="checkbox"/>เข้ารับบริการในศูนย์บริการผู้สูงอายุ หรืออยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์คนชรา หรือสถานที่อื่นที่เหมาะสม</p> <p><input type="checkbox"/>แยกผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรมไปพักอาศัยในสถานที่อื่นซึ่งมีความปลอดภัย</p> <p><input type="checkbox"/>นำผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพกาย สุขภาพจิต</p> <p><input type="checkbox"/>แจ้งความต่อพนักงานสอบสวนเพื่อดำเนินคดีต่อผู้กระทำความผิดทารุณกรรม</p> <p><input type="checkbox"/>ให้คำแนะนำแก่ครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอยู่ด้วย เพื่อทำความเข้าใจให้สามารถดูแลผู้สูงอายุมิให้ถูกทารุณกรรมอีก</p> <p><input type="checkbox"/>ให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับคดีและเรื่องสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ</p> <p><input type="checkbox"/>ให้การฟื้นฟูสภาพร่างกาย สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ให้กลับไปสู่สภาวะปกติ และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย</p> <p><input type="checkbox"/>ส่งกลับภูมิลำเนาเดิม</p> <p><input type="checkbox"/>อื่นๆ ระบุ</p>	

8. สิทธิสวัสดิการที่เคยได้รับ

- 1. ไม่เคย
- 2. เคย อะไรบ้างในปีงบประมาณนี้ จำนวน ครั้ง รวมเป็นเงินบาท 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
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับคำขอ
(.....)

ลงวันที่.....

ลงวันที่.....

ผลการเยี่ยมบ้าน

ตรวจเยี่ยม

เจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยม ชื่อ - สกุลตำแหน่ง

หน่วยงาน.....

ชื่อ - สกุล ของผู้ประสบปัญหาทางสังคม.....

บ้านเลขที่.....

สภาพที่อยู่อาศัย

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

สภาพปัญหาความเดือดร้อน

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

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมบ้าน

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

ลงชื่อ.....ผู้เยี่ยมบ้าน

(.....)

ตำแหน่ง

ลงวันที่.....(ว.ด.ป.ที่เยี่ยมบ้าน)

หมายเหตุ : ผู้เยี่ยมบ้าน หมายถึง เจ้าหน้าที่กระทรวง พม.หรือเจ้าหน้าที่หน่วยบริการในพื้นที่หรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายหรือได้รับคำขอนี้ หรืออาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.)

รายละเอียดสำหรับการจ่ายเงิน เท่านั้น

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.....

รายละเอียดสำหรับการรับสิ่งของ

รับด้วยตนเอง

ผู้รับแทน เลขที่บัตรประชาชน

ชื่อ-นามสกุล.....

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

..... ส่งไปทำกายภาพบำบัด ส่งเข้ารับการรักษา/บำบัด ส่งเข้าสถานสงเคราะห์/สถานคุ้มครอง

..... ขอบุตรบุญธรรม/ครอบครัวอุปถัมภ์ ส่งเข้าฝึกอบรม/อาชีพ จัดหาอาชีพ

..... อื่นๆ ระบุ.....

ช่วยเหลือด้านอื่นๆ

..... ให้คำปรึกษา/แนะนำ ช่วยเหลือทางด้านกฎหมาย/คุ้มครองสิทธิ ติดตามหาญาติ

..... ที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน อื่นๆ ระบุ.....

..... ระบุข้อความช่วยเหลือ 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.....

สำนักงานงคมன்றี..... เงิน..... อื่นๆ ระบุ.....

เงินบริจาค/ช่วยเหลือจากบุคคลทั่วไป จำนวน..... บาท

แบบคำขอรับความช่วยเหลือกรณีผู้ตกทุกข์ได้ยากกลับภูมิลำเนาเดิม

ข้อมูลผู้ขอรับความช่วยเหลือ		
ชื่อ - สกุล.....บ้านเลขที่		
ปัญหาความเดือดร้อน		
<input type="checkbox"/> เดินทางมาทำงานทำ	<input type="checkbox"/> ถูกเลิกจ้าง ทำงานแล้วไม่ได้รับค่าจ้าง	<input type="checkbox"/> ถูกล่อลวง
<input type="checkbox"/> เดินทางมาหาคู่สมรส , ญาติ	<input type="checkbox"/> เดินทางมารับการรักษาพยาบาล	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
ความต้องการช่วยเหลือเพิ่มเติม เมื่อกลับภูมิลำเนา		
<input type="checkbox"/> ต้องการฝึกอาชีพ	<input type="checkbox"/> ต้องการค่าใช้จ่ายด้านการศึกษาบุตร	
<input type="checkbox"/> ต้องการเงินทุนประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	
กรณีผู้ตกทุกข์ได้ยากในต่างประเทศ ให้กรอกข้อมูลต่อไปนี้ด้วย		
เดินทางไปต่างประเทศเมื่อวันที่เดือน.....พ.ศ.		
สถานที่ทำงาน/พักอาศัย.....		
จุดประสงค์ที่เดินทางไป.....		
ผู้จัดส่ง (นาย/นาง/นางสาว/บริษัท).....		
สาเหตุที่เดินทางกลับ.....		
จากประเทศ.....เดินทางกลับถึงประเทศไทยเมื่อวันที่		
โดยเที่ยวบิน.....		

ลงชื่อผู้ขอรับความช่วยเหลือ
 (.....)
 โทรศัพท์.....

ค่าใช้จ่ายในการเดินทางกลับภูมิลำเนา	
ค่ารถโดยสารประจำทาง/รถไฟชั้น 3 จากกรุงเทพฯ -	เป็นเงิน.....บาท
ค่าต่อรถ - บ้านพัก.....	เป็นเงิน.....บาท
ค่าอาหารระหว่างเดินทางคน.....วันๆละ.....บาท	เป็นเงิน.....บาท
ค่าใช้จ่ายอื่นๆ (ขวดนม นมผง ยาสีฟัน รองเท้าแตะฯ).....	เป็นเงิน.....บาท
เป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท	
ความเห็นของนักสังคมสงเคราะห์	
เห็นควรสงเคราะห์ค่าพาหนะและค่าอาหารในการเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิม จังหวัด.....	
แก่ (นาย/นาง/นางสาว).....เป็นเงินจำนวน	
บาท	

ลงชื่อนักสังคมสงเคราะห์/เจ้าหน้าที่
 (.....)
 โทรศัพท์.....
 วันที่เดือนพ.ศ.

**เอกสารประกอบการยื่นขอรับเงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุ
และผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน
สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดปราจีนบุรี**

1. เอกสารของผู้ยื่นคำร้อง/ผู้แจ้งแทน (กรณีไม่สามารถยื่นคำร้องได้ด้วยตนเอง)

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาสมุดบัญชีธนาคารชื่อผู้ยื่นคำร้อง จำนวน 1 ฉบับ (ที่ใช้งานอยู่ในปัจจุบัน)

2. เอกสารของผู้ประสบความเดือดร้อน (กรณียื่นด้วยตนเอง,ผู้สูงอายุต้องยื่นด้วยตนเองเท่านั้น)

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารชื่อผู้ยื่นคำร้อง จำนวน 1 ฉบับ (ที่ใช้งานอยู่ในปัจจุบัน)

3. ภาพถ่ายประกอบในการเยี่ยมบ้าน

- ภาพถ่ายภายนอกบ้าน จำนวน 1-2 รูป
- ที่พักอาศัยภายในและภายนอก จำนวน 2-3 รูป
- ภาพถ่ายขณะเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน จำนวน 1-2 รูป
- ภาพถ่ายเจ้าหน้าที่พร้อมด้วยผู้ยื่นคำร้องและผู้ประสบความเดือดร้อน จำนวน 1 รูป

4. การรับรองสำเนาถูกต้องลายมือชื่อต้องตรงกันทุกจุด

หมายเหตุ

๑. ให้จัดเตรียมสำเนาเอกสารข้างต้นอย่างละ ๑ ฉบับ
๒. ให้ระบุหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ประสบปัญหาทางสังคม/ญาติ ผู้ใหญ่บ้าน และ จนท.อบต./เทศบาลที่ติดต่อได้ในเอกสารทุกราย
๓. สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน หากมีข้อสงสัยหรือขอทราบละเอียดเพิ่มเติมหรือนางสาวธนัชญา สุพรรณพันธุ์ ตำแหน่ง นักพัฒนาสังคม หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๔ ๗๘๔๔๓๕๑

เอกสารประกอบการยื่นขอรับเงินสงเคราะห์เด็กในครอบครัวยากจน
สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดปราจีนบุรี

๑. เอกสารของบิดา/มารดา/ผู้ปกครอง/ผู้ร้องแทน/ผู้ประสบความสำเร็จ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ (ถ้ามี)
- สำเนาหน้า book bank (ได้ทุกธนาคาร แต่กรณีไม่ใช่ธนาคารกรุงไทย จักถูกหัก ณ ที่จ่าย ตามเงื่อนไขการให้บริการของธนาคารนั้นๆ)

๒. เอกสารของเด็ก (เด็กทุกคนที่ผู้ร้องแทน/ผู้ปกครองอุปการะเลี้ยงดู)

- สำเนาสูติบัตร
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (กรณีที่เด็กอายุไม่น้อยกว่า ๗ ปี)
- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ (กรณีเป็นผู้ประสบความสำเร็จหรือเด็กที่อยู่ในการอุปการะเป็นคนพิการ)
- สำเนาทะเบียนบ้าน

3. ภาพถ่ายประกอบในการเยี่ยมบ้าน

- ภาพถ่ายภายนอกบ้าน จำนวน 1-2 รูป
- ที่พักอาศัยภายในและภายนอก จำนวน 2-3 รูป
- ภาพถ่ายขณะเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน จำนวน 1-2 รูป
- ภาพถ่ายเจ้าหน้าที่พร้อมด้วยผู้ยื่นคำร้องและเด็ก จำนวน 1 รูป

4. การรับรองสำเนาถูกต้องลายมือชื่อต้องตรงกันทุกจุด

หมายเหตุ

๑. ให้จัดเตรียมสำเนาเอกสารข้างต้นอย่างละ ๑ ฉบับ (กรณี รับรองสำเนาของเด็กซึ่งอายุน้อยกว่า ๑๘ ปีให้บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง เป็นผู้ลงนามรับรองสำเนา)

๒. ให้ระบุหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ปกครอง/ญาติ ผู้ใหญ่บ้าน และ จนท.อบต./เทศบาล ที่ติดต่อได้ในเอกสารทุกราย

๓. สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน หากมีข้อสงสัยหรือขอทราบละเอียดเพิ่มเติมหรือนางสาวธนัชญา สุพรรณพันธุ์ ตำแหน่ง นักพัฒนาสังคม หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๔ ๗๘๔๔๓๕๑

**เอกสารประกอบการยื่นขอรับเงินสงเคราะห์ผู้พิการ
สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดปราจีนบุรี**

1. เอกสารของผู้ยื่นคำร้อง (กรณีคนพิการยื่นเรื่องด้วยตนเอง)

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาบัตรประจำตัวผู้พิการ จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาสมุดบัญชีธนาคารชื่อคนพิการ จำนวน 1 ฉบับ (ที่ใช้งานอยู่ในปัจจุบัน)

2. เอกสารของผู้ประสบความสำเร็จ (กรณีผู้ปกครองยื่นเรื่องแทนคนพิการ)

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาบัตรประจำตัวของผู้พิการ จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาสมุดบัญชีธนาคารชื่อคนพิการ จำนวน 1 ฉบับ (ที่ใช้งานอยู่ในปัจจุบัน)

3. ภาพถ่ายประกอบในการเยี่ยมบ้าน

- ภาพถ่ายภายนอกบ้าน จำนวน 1-2 รูป
- ที่พักอาศัยภายในและภายนอก จำนวน 2-3 รูป
- ภาพถ่ายขณะเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน จำนวน 1-2 รูป
- ภาพถ่ายเจ้าหน้าที่พร้อมด้วยผู้ยื่นคำร้องและผู้ประสบความสำเร็จ จำนวน 1 รูป

4. การรับรองสำเนาถูกต้องลายมือชื่อต้องตรงกันทุกจุด

หมายเหตุ

๑. ให้จัดเตรียมสำเนาเอกสารข้างต้นอย่างละ ๑ ฉบับ
๒. ให้ระบุหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ประสบปัญหาทางสังคม/ญาติ ผู้ใหญ่บ้าน และ จนท.อบต./เทศบาล ที่ติดต่อได้ในเอกสารทุกราย
๓. สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน หากมีข้อสงสัยหรือขอทราบละเอียดเพิ่มเติมติดต่อศูนย์บริการคนพิการจังหวัดปราจีนบุรี ๐๓๗-๖๒๐๒๕๒

๑. คุณสมบัติและหลักเกณฑ์ผู้ขอรับเงินอุดหนุนผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณี จุกเงิน

- (๑) เป็นผู้ที่มีสัญชาติไทย
 - (๒) มีอายุ ๒๐-๕๙ ปี
 - (๓) เป็นผู้ที่หารายได้หลักให้กับครอบครัว / สมาชิกหัวหน้าครัวเรือนตกงาน เสียชีวิต หรือพิการทำให้ไม่สามารถหารายได้ด้วยตนเองส่งผลทำให้รายได้ครอบครัวลดลง หรือครอบครัวที่ยากลำบากที่มีสมาชิกเป็นผู้ป่วยโรคร้ายแรง/ผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคไต โรคหัวใจ อื่นๆ เป็นต้น ที่มีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น
 - * (๔) ครอบครัวที่ยากลำบากประสบปัญหาเกิดเหตุอัคคีภัย/วาตภัย/อุทกภัย ทำให้ที่พักอาศัยเสียหายอย่างร้ายแรง
- * ข้อ (๔) สามารถส่งมาขอความช่วยเหลือได้ตลอดปีงบประมาณที่เกิดเหตุสถานการณ์ฉุกเฉินขึ้น

๒. คุณสมบัติและหลักเกณฑ์ผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุในภาวะยากลำบาก

- (๑) เป็นผู้ที่มีสัญชาติไทย
- (๒) มีอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป
- (๓) เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่ยากลำบากประสบปัญหาเดือดร้อน/สมาชิกครอบครัวมีรายได้ไม่แน่นอน /ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยมีโรคประจำตัว /ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงต้องเดินทางไปพบแพทย์เป็นประจำ
- (๔) ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กันสามิภรรยา บุตรหลานไม่ดูแลและไม่เลี้ยงดู/ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังไม่มีผู้ดูแล /ผู้สูงอายุที่หารายได้เพียงคนเดียว หรือดำรงชีพด้วยสวัสดิการภาครัฐเท่านั้น

๓. คุณสมบัติและหลักเกณฑ์ผู้ขอรับเงินสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

- (๑) เป็นผู้ที่มีสัญชาติไทย
- (๒) มีอายุ ๒๐-๖๐ ปี ขึ้นไป
- (๓) เป็นคนพิการที่มีบัตรคนพิการ ประสบปัญหาความเดือดร้อน เนื่องจากอยู่ตามลำพังไม่มีผู้อุปการะ/ครอบครัวขาดแคลน หรือครอบครัวประสบปัญหาความเดือดร้อนไม่มีรายได้ในการเลี้ยงดูคนพิการ

๔. คุณสมบัติและหลักเกณฑ์ผู้ขอรับเงินสงเคราะห์เด็กในครอบครัวยากจน

- (๑) เป็นผู้ที่มีสัญชาติไทย
- (๒) ผู้ปกครอง/ผู้อุปการะ ที่เป็นผู้ยื่นคำร้องมีอายุ ๒๑ ปี ขึ้นไป และมีเด็กที่อาศัยอยู่ในครอบครัว อายุตั้งแต่แรกเกิด - ๑๘ ปี
- (๓) ครอบครัวมีความเดือดร้อนเรื่องค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอกับการสนับสนุนด้านการศึกษาของบุตร
- (๔) ครอบครัวมีฐานะยากจนมีความเป็นอยู่ค่อนข้างลำบากต้องมีภาระเลี้ยงดูบุตรหลานหลายคน

*** **หมายเหตุ** : ผู้ประสบปัญหาทางสังคมที่ส่งมาขอรับความช่วยเหลือกับทางสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดปราจีนบุรี จะต้องไม่ซ้ำซ้อน กับศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัดปราจีนบุรี และบ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดปราจีนบุรี เนื่องจากหน่วยเบิกจ่ายที่เดียวกัน ***



ประกาศจังหวัดปราจีนบุรี

เรื่อง กำหนดหน่วยบริการในพื้นที่ทำหน้าที่รับแบบคำขอความช่วยเหลือจากผู้ประสบปัญหาทางสังคม
ตามภารกิจกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

.....

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหน่วยบริการในพื้นที่ทำหน้าที่รับแบบคำขอความช่วยเหลือจาก
ผู้ประสบปัญหาทางสังคม ตามภารกิจกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อให้การ
ช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมของจังหวัดปราจีนบุรี เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ประสบปัญหา
ทางสังคมได้รับการช่วยเหลืออย่างทั่วถึงและตรงตามกลุ่มเป้าหมาย

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕๒/๑ มาตรา ๕๔ และมาตรา ๕๗ แห่งพระราชบัญญัติ
ระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ.๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ประกอบกับข้อ ๑๐ วรรคสอง แห่งระเบียบ
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ว่าด้วยมาตรการทางบริหารสำหรับการช่วยเหลือ
ผู้ประสบปัญหาทางสังคมของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ.๒๕๖๑ จึงกำหนด
หน่วยบริการในพื้นที่ ทำหน้าที่รับแบบคำขอรับความช่วยเหลือจากผู้ประสบปัญหาทางสังคม เยี่ยมบ้าน
และวินิจฉัยการให้ความช่วยเหลือ ตามภารกิจกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ดังต่อไปนี้

- (๑) ที่ว่าการอำเภอทุกอำเภอ ในเขตจังหวัดปราจีนบุรี
- (๒) หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง ในเขตจังหวัดปราจีนบุรี
- (๓) หน่วยงานในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการทุกแห่ง ในเขตพื้นที่จังหวัดปราจีนบุรี
- (๔) องค์กรปกครองท้องถิ่นทุกแห่ง ในจังหวัดปราจีนบุรี

ทั้งนี้ ให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด และหน่วยงานอื่นในจังหวัด
ที่สังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ดำเนินการประสาน ให้คำแนะนำ และช่วยเหลือ
แก่หน่วยบริการในพื้นที่ตามอำนาจหน้าที่หรือตามที่เห็นสมควร เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม
ตามภารกิจกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ บรรลุวัตถุประสงค์

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓

(นายพิบูลย์ หัตถกิจโกศล)
ผู้ว่าราชการจังหวัดปราจีนบุรี

หนังสือรับรองการพักอาศัยอยู่ในพื้นที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ชื่อผู้รับรอง) (นาย/นาง/นางสาว).....

เลขประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการ/บัตรประจำตัวพนักงาน เลขที่.....

มีสถานภาพเป็น

- ข้าราชการในพื้นที่ที่อยู่อาศัย กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ประธานชุมชน เจ้าบ้าน
 ผู้นำชุมชน อื่น ๆ.....

อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่า (นาย/นาง/นางสาว).....พักอาศัยอยู่ในพื้นที่

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

พักอาศัยอยู่จริงตามที่อยู่ดังกล่าว

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ : พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ/ข้าราชการ
ที่รัฐออกให้ ของผู้รับรองเพื่อเป็นหลักฐานประกอบ