



5. สภาพความเดือดร้อนของผู้ขอรับบริการ (ตอบได้มากกว่า 1 รายการ)

<input type="checkbox"/> 00 01 เป็นโรคอันตรายร้ายแรง	<input type="checkbox"/> 00 02 เจ็บป่วยเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> 00 03 ติดยาเสพติด
<input type="checkbox"/> 00 04 ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์	<input type="checkbox"/> 00 05 ผู้ตกเป็นเหยื่อการค้ามนุษย์	<input type="checkbox"/> 00 06 ตกเป็นเครื่องมือแสวงหาผลประโยชน์
<input type="checkbox"/> 00 07 ครอบครัวแตกแยก	<input type="checkbox"/> 00 08 ถูกหลอกลวง	<input type="checkbox"/> 00 09 ไม่ได้รับความเป็นธรรม
<input type="checkbox"/> 00 10 ครอบครัวมีภาระเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (อาทิ เด็ก คนพิการ ผู้ติดเชื้อมเอดส์ ผู้ติดยาเสพติด)		
<input type="checkbox"/> 00 11 ถูกทารุณกรรม	<input type="checkbox"/> 00 12 ถูกบังคับค้าประเวณี	<input type="checkbox"/> 00 13 ถูกบังคับข่มขืนทางจิตใจ
<input type="checkbox"/> 00 14 ถูกข่มขืน/ล่วงละเมิดทางเพศ	<input type="checkbox"/> 00 15 ถูกทอดทิ้ง	<input type="checkbox"/> 00 16 พลัดหลง
<input type="checkbox"/> 00 17 ขาดผู้อุปการะ / ผู้ดูแล		<input type="checkbox"/> 00 18 ขาดเงินจัดการศพผู้สูงอายุ
<input type="checkbox"/> 01 01 เด็กกำพร้า		<input type="checkbox"/> 01 02 เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูไม่เหมาะสมจากครอบครัว
<input type="checkbox"/> 01 03 เด็กในครอบครัวยากจน		<input type="checkbox"/> 01 04 เด็กที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองต้องโทษจำคุก
<input type="checkbox"/> 02 01 พิการทางร่างกาย	<input type="checkbox"/> 02 02 พิการทางสายตา	<input type="checkbox"/> 02 03 พิการทางการพูด / การฟัง
<input type="checkbox"/> 02 04 พิการทางสติปัญญา/การเรียนรู้	<input type="checkbox"/> 02 05 พิการทางจิตใจ/พฤติกรรม	<input type="checkbox"/> 02 06 พิการซ้ำซ้อน
<input type="checkbox"/> 02 07 พิการอื่นๆ (ระบุ) .....		
<input type="checkbox"/> 03 01 หลงลืม ซราภาพมาก		
<input type="checkbox"/> 04 01 ไม่มีเงินทุนประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> 04 02 ไม่มีเงินทุนหรืออุปกรณ์การศึกษาของบุตร	<input type="checkbox"/> 04 03 รายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ
<input type="checkbox"/> 04 04 ไม่มีที่อยู่อาศัย / ที่ทำกิน	<input type="checkbox"/> 04 05 ไม่มีงานทำ/ไม่มีอาชีพ	<input type="checkbox"/> 04 06 มีหนี้สิน
<input type="checkbox"/> 04 07 มีบุตรมาก		
<input type="checkbox"/> 05 01 เร่ร่อน		<input type="checkbox"/> 05 02 ขอดทาน
<input type="checkbox"/> 06 01 ตั้งครรภ์นอกสมรส		<input type="checkbox"/> 06 02 สตรีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวยากจน
<input type="checkbox"/> 07 01 ติดเชื้อมเอดส์หรือป่วยด้วยเอดส์		
<input type="checkbox"/> 08 01 ขอบุตรบุญธรรม/ครอบครัวอุปถัมภ์		
<input type="checkbox"/> 09 01 ประสบภัยธรรมชาติ / อุบัติภัย / อุบัติเหตุ		
<input type="checkbox"/> 99 99 ข้อมูลปัญหาความเดือดร้อนเพิ่มเติม (ระบุ) .....		

เคยได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น  ไม่เคย  เคย จาก (ระบุหน่วยงานและเรื่องที่เคยได้รับความช่วยเหลือ โดยย่อ)

6. ความช่วยเหลือที่ผู้ขอรับบริการต้องการ (ตอบได้มากกว่า 1 รายการ)

- 01 เงินสงเคราะห์ครอบครัว
- 02 เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ
- 03 เงินสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อมเอดส์
- 04 เงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาล
- 05 เครื่องช่วยความพิการ (ระบุ) .....
- 06 ส่งไปทำกายภาพบำบัด
- 07 ส่งเข้ารับการรักษา / บำบัด
- 08 ติดตามหาญาติ
- 09 ส่งกลับภูมิลำเนา
- 10 รับเข้าสถานสงเคราะห์ / สถานคุ้มครอง
- 11 ขอบุตรบุญธรรม / ครอบครัวอุปถัมภ์
- 12 เงินทุนและอุปกรณ์การศึกษา
- 13 เงินทุนประกอบอาชีพ
- 14 ส่งเข้าฝึกอาชีพ
- 15 จัดหาอาชีพ
- 16 เครื่องอุปโภคและบริโภค
- 17 ที่อยู่อาศัย / ที่ทำกิน
- 18 ช่วยเหลือด้านกฎหมาย / คุ้มครองสิทธิ
- 19 ให้คำปรึกษา / แนะนำ
- 21 เงินสงเคราะห์จัดการศพผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน
- 99 อื่น ๆ (ระบุ) .....

(ลงชื่อ) .....ผู้ขอรับบริการ / ผู้ร้องขอแทน

(.....)

วันที่.....เดือน .....พ.ศ.....

7. คำนำหน้าชื่อ ชื่อ - สกุล ผู้สัมภาษณ์ / สอบข้อเท็จจริง .....

ตำแหน่ง .....หน่วยงาน..... โทรศัพท์ .....

(ลงชื่อ) .....ผู้สัมภาษณ์ / สอบข้อเท็จจริง

วันที่.....เดือน .....พ.ศ.....

**ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่**

การดำเนินการของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

- 01 เงินสงเคราะห์ครอบครัว
- 02 เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ
- 03 เงินสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- 04 เงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาล
- 05 เครื่องช่วยความพิการ (ระบุ) .....
- 06 ส่งไปทำกายภาพบำบัด
- 07 ส่งเข้ารับการรักษา / บำบัด
- 08 ติดตามหาญาติ
- 09 ส่งกลับภูมิลำเนา
- 10 รับเข้าสถานสงเคราะห์ / สถานคุ้มครอง
- 11 ขอบุตรบุญธรรม / ครอบครัวอุปถัมภ์
- 12 เงินทุนและอุปกรณ์การศึกษา
- 13 เงินทุนประกอบอาชีพ
- 14 ส่งเข้าฝึกอาชีพ
- 15 จัดหาอาชีพ
- 16 เครื่องอุปโภคและบริโภค
- 17 ที่อยู่อาศัย / ที่ทำกิน
- 18 ช่วยเหลือด้านกฎหมาย / คุ้มครองสิทธิ์
- 19 ให้คำปรึกษา / แนะนำ
- 21 เงินสงเคราะห์จัดการศพผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน
- 20 ประสานงานส่งต่อ (ระบุ) .....
- .....
- 99 อื่น ๆ (ระบุ).....
- กรณีเป็นเงิน ระบุจำนวน ..... บาท
- 98 ระบุการช่วยเหลือ เนื่องจาก .....
- .....

วันที่.....เดือน .....พ.ศ.....

หมายเหตุ ให้แนบหลักฐาน สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาทะเบียนบ้าน หรือบัตรประจำตัวคนพิการของผู้ขอรับความช่วยเหลือ