

แบบสอบถามข้อเท็จจริง

โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและผู้ไร้ที่พึ่ง องค์การบริหารส่วนตำบลสบเปิง

1. ประเภทผู้ขอรับบริการ / ได้รับความเดือดร้อน (เลือกเพียง 1 รายการเท่านั้น)

- ยากจน คนพิการ ผู้สูงอายุ ไร้สัญชาติ คนไร้ที่พึ่ง (เร่ร่อน ขอดทาน)
 เด็ก/เยาวชน ติดเชื้อ HIV/ผู้ป่วยเอดส์ อื่น ๆ

2. ข้อมูลผู้ขอรับบริการ / ได้รับความเดือดร้อน

ชื่อ - สกุล..... เพศ..... อายุ..... ปีว/ด/ป เกิด.....
 เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา..... เลขประจำตัวประชาชน

* ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ซอย.....
 แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
 ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่อยู่จริง) เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ซอย.....
 แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

บ้านตนเอง บ้านญาติ บ้านเช่า บ้านพักของผู้จ้าง อื่น ๆ

* หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

สถานภาพสมรส โสด สมรสอยู่ด้วยกัน สมรสแยกกันอยู่ หย่าร้าง
 ไม่สมรสแต่อยู่ด้วยกัน หม้ายคู่สมรสเสียชีวิต อื่น ๆ ระบุ.....

ระดับการศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษาตอนต้น (ป.4) ประถมศึกษา (ป.6)
 มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย อื่น ๆ

* อาชีพ.....

รายได้..... บาท /ต่อวัน/เดือน/ปี

3. ผู้ร้องขอรับบริการ เป็นบุคคลเดียวกับข้อ 2

ชื่อ - สกุล..... อายุ..... ปี ตำแหน่ง.....
 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ซอย..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... * หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

มีความสัมพันธ์กับผู้ขอรับบริการในข้อ 2 / เกี่ยวข้องเป็น.....

4. ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อาศัยอยู่ร่วมกันจริงในปัจจุบัน)

ที่	ชื่อ - สกุล	อายุ	อาชีพ	รายได้ (บาท/ปี)	สุขภาพ	ความเกี่ยวข้อง	หมายเหตุ

รายได้เฉลี่ยครอบครัว บาท/ปี

ภาระหนี้สิน ไม่มี มีในระบบ จำนวน.....บาท นอก ระบบ.....บาท

5. สภาพปัญหาความเดือดร้อนของผู้ขอรับบริการ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

เคยได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น ๆ

ไม่เคย

เคย จาก (ระบุ)

6. ความช่วยเหลือที่ขอรับบริการต้องการ (ต้องการความช่วยเหลือด้านไหน / เรื่องใด) (ตอบได้มากกว่า 1 รายการ)

เงินสงเคราะห์ครอบครัว เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ เงินสงเคราะห์ครอบครัวผู้ติดเชื้อเอ็ดส์

เงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาล เครื่องช่วยความพิการ (ระบุ).....

ส่งกายภาพบำบัด ส่งเข้ารับการรักษา/บำบัด ติดตามหาญาติ ส่งกลับภูมิลำเนา

รับเข้าสถานสงเคราะห์/สถานคุ้มครอง ขอบุตรบุญธรรม/ครอบครัวอุปถัมภ์ เงินทุนและอุปกรณ์การศึกษา

เงินทุนประกอบอาชีพ ส่งเข้าฝึกอาชีพ จัดหาอาชีพ เครื่องอุปโภคและบริโภค

ที่อยู่อาศัย / ที่ทำกิน ช่วยเหลือด้านกฎหมาย/คุ้มครองสิทธิ ให้คำปรึกษา/แนะนำ

เงินสงเคราะห์จัดการศพผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน

อื่น ๆ (ระบุ).....

ลงชื่อ..... ผู้สัมภาษณ์ข้อเท็จจริง

()

ตำแหน่ง

ลงชื่อ ผู้ขอรับบริการ/ผู้ร้องขอแทน

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เบอร์โทรศัพท์.....