

## แบบสอบถามข้อเท็จจริงผู้รับบริการทางสังคม

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ลำดับที่.....

วันที่รับเรื่อง.....เดือน..... พ.ศ. ....

เงินสงเคราะห์  รถโยก  เข้ารับการดูแลในสถานสงเคราะห์  อื่นๆ.....

### ๑. ข้อมูลผู้ขอรับบริการ

ชื่อ - นามสกุล ( ของผู้รับบริการ ) ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว.....

เลขที่บัตรประชาชน ----

เกิดวันที่..... เดือน ..... พ.ศ. .... อายุ.....ปี เพศ  ชาย  หญิง

เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

ติดต่อขอรับความช่วยเหลือโดย  ตนเอง ญาติ  อื่นๆ ระบุ.....

สถานภาพ  โสด  สมรสอยู่ด้วยกัน  สมรสแยกกันอยู่  หย่าร้าง  ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน  
 หม้าย  อื่นๆ (ระบุ).....

### ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

ชื่อสถานที่.....

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

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

ที่อยู่ปัจจุบัน  บ้านตนเอง  อาศัยผู้อื่นอยู่  บ้านเช่า  อยู่กับผู้จ้าง  ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง

ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

(กรณีเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ขอให้ทำเครื่องหมาย ✓ ใน  และข้ามไปกรอกข้อมูลติดต่อผ่านชื่อและเบอร์โทรศัพท์)

ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน.....

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

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

ติดต่อผ่านชื่อ..... เบอร์โทรศัพท์.....

### ระดับการศึกษา

ไม่ได้รับการศึกษา  ประถมศึกษาตอนต้น  ประถมศึกษาตอนปลาย  มัธยมศึกษาตอนต้น  มัธยมศึกษาตอนปลาย

ปวช  ปวส.  อนุปริญญา  ปริญญาตรี  สูงกว่าปริญญาตรี  อื่นๆ ระบุ.....

### อาชีพ

ไม่มีอาชีพ  มีอาชีพ ระบุ.....  อื่นๆ ระบุ.....

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท ที่มาของรายได้  ด้วยตนเอง  ผู้อื่นให้  อื่นๆระบุ.....

### ลักษณะที่อยู่อาศัย

บ้านของตนเอง  บ้านเช่า  บ้านของบิดามารดา/ญาติ  บ้านเพื่อน/คนรู้จัก

เช่าที่บุคคลอื่น.....บาท/เดือน  อื่นๆ (ระบุ).....

/ สภาพที่อยู่อาศัย...

สภาพที่อยู่อาศัย.....  
.....

**๒. ผู้ร้องขอแทนผู้รับบริการ**

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....  
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์.....  
ความสัมพันธ์กับผู้ขอรับบริการ (เกี่ยวข้องเป็น).....

**๓. ลักษณะความพิการ**

- ยังไม่เคยจดทะเบียนคนพิการ
- จดทะเบียนคนพิการ เมื่อวันที่..... วันหมดอายุ..... จังหวัดที่จดทะเบียน.....
  - พิการทางการเห็น  พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย  พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
  - พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม  พิการทางสติปัญญา  พิการทางการเรียนรู้  พิการออทิสติก
  - พิการซ้ำซ้อน

ลักษณะความพิการ.....  
โรคประจำตัว (ระบุ).....

**๔. ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อยู่อาศัยร่วมกันจริงในปัจจุบัน)**

ที่	ชื่อ- นามสกุล	อายุ	ความเกี่ยวข้อง	การศึกษา	สุขภาพ	อาชีพ/รายได้	หมายเหตุ

หนี้สินในระบบ.....บาท หนี้สินนอกระบบ.....บาท รายจ่ายเฉลี่ยของครอบครัว .....บาทต่อเดือน  
ปัญหาความเดือดร้อน.....  
.....

ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง  ได้  ไม่ได้  อื่นๆ ระบุ.....  
เคยได้รับการช่วยเหลือจาก (ระบุหน่วยงาน).....

**๕. ความเห็นของนักสังคมสงเคราะห์/เจ้าหน้าที่ เห็นสมควรให้ความช่วยเหลือ คือ**

- เงินสงเคราะห์ฯ คนพิการ จำนวน .....บาท  รถโยก.....คัน  เข้ารับการอุปการะในสถานสงเคราะห์
- ประสานส่งต่อ.....  อื่นๆ ระบุ.....

๖. การได้รับการช่วยเหลือ ระบุ.....  
.....

๗. ความช่วยเหลือที่ต้องการและผลการให้ความช่วยเหลือ

ความช่วยเหลือที่ต้องการ	ผลการให้ความช่วยเหลือ
<b>ด้านการเงิน</b> ..... ..... .....	<b>ด้านการเงิน</b> ..... ..... .....
<b>ด้านสิ่งของ</b> ..... ..... .....	<b>ด้านสิ่งของ</b> ..... ..... .....
<b>ด้านอื่นๆ</b> ..... ..... .....	<b>ด้านอื่นๆ</b> ..... ..... .....

ลงชื่อ.....  
(.....)

ผู้ขอรับบริการ/ผู้ร้องแทน  
...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้สัมภาษณ์/ข้อเท็จจริง  
(.....)

ตำแหน่ง.....  
...../...../.....

การดำเนินงานของเจ้าหน้าที่/นักสังคมสงเคราะห์

ความเห็นของเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน.....  
.....  
.....  
.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน  
(.....)

ตำแหน่ง.....  
...../...../.....

หมายเหตุ : ได้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน (รับรองสำเนาถูกต้อง)

ผู้ขอรับบริการ/ผู้ยื่นเรื่องแทน/ผู้รับเงิน : ต้องเป็นบุคคลคนเดียวกันและสามารถมารับเงิน หรือ ภายอุปการณ  
ได้ที่ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการได้

แผนที่โดยสังเขป