

ข้อมูลของครอบครัว

สมาชิกในครอบครัว รวม.....คน ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป).....คน เด็ก (อายุไม่เกิน 18 ปี).....คน
คนพิการ.....คน อื่น ๆ (ระบุ).....จำนวน.....คน

รายได้รวมของครัวเรือน.....บาท / ปี

รายละเอียดผู้ประสบปัญหาความเดือดร้อน (ตอบได้มากกว่า 1 รายการ)

- เด็ก / เยาวชน เด็กพิการทางร่างกาย เด็กพิการทางสายตา เด็กพิการทางการพูด/การฟัง
 เด็กพิการทางจิต เด็กที่เป็นโรคอันตรายร้ายแรง เด็กที่ติดเชื้อหรือป่วยด้วยเอดส์
 เด็กกำพร้า เด็กถูกทอดทิ้ง เด็กเร่ร่อน เด็กขอทาน
 เด็กพลัดหลง เด็กถูกทารุณ เด็กถูกข่มขืน เด็กต่างด้าว
 เด็กพลัดชาวเขา เด็กติดยาเสพติด เด็กในชุมชนแออัด
 เด็กถูกเป็นเครื่องมือแสวงหาผลประโยชน์ เด็กถูกรกรรมากรแออัด
 เด็กในครอบครัวยากจน เด็กที่บิดา/มารดาติดเชื้อโรคเอดส์
 เด็กที่บิดา มารดาหรือผู้ปกครองต้องโทษจำคุก อื่น ๆ ระบุ.....
- คนพิการ ตั้งแต่เกิด ภายหลัง เนื่องจาก.....
 พิการทางร่างกาย พิการทางสายตา พิการทางการพูด / การฟัง
 พิการทางสติปัญญา/การเรียนรู้ พิการทางจิตใจ/พฤติกรรม พิการซ้ำซ้อน
- สตรี สตรีที่กระทำผิดตาม พ.ร.บ.ป้องกันและปราบปรามการค้าประเพณี
 สตรีที่ถูกทารุณกรรม สตรีที่สำเร็จการฝึกอบรมอาชีพจากกรมพัฒนาสังคมฯ
 สตรีติดเชื้อหรือป่วยโรคเอดส์ สตรีที่เป็นเหยื่อการค้ามนุษย์
 สตรีที่พ้นอุปการะจากกรมพัฒนาสังคม สตรีหม้ายที่เป็นหัวหน้าครอบครัวยากจน
 อื่น ๆ ระบุ.....

ปัญหาความเดือดร้อน (ตอบได้มากกว่า 1 รายการ)

- รายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ ไม่มีเงินทุนประกอบอาชีพ มีหนี้สิน ไม่มีที่อยู่อาศัย
 พึ่งพาตนเองไม่ได้ ครอบครัวมีภาระเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา(อาทิเด็ก คนพิการ ผู้ติดเชื้อเอดส์ ผู้ติดยาฯ)
 เจ็บป่วยเรื้อรัง หัวหน้าครอบครัวติดเชื้อหรือป่วยด้วยเอดส์ ติดเชื้อเอดส์หรือป่วยด้วยเอดส์
 ไม่มีงานทำ/ไม่มีอาชีพ หัวหน้าครอบครัวสาบสูญ/ทอดทิ้ง หัวหน้าครอบครัวถึงแก่กรรม
 ตั้งครรภ์นอกสมรส ถูกสามีทอดทิ้ง/ทุบตี ถูกข่มขืน หลงลืม ฆราภาพมาก
 ไม่มีเงินทุนหรืออุปกรณ์การศึกษาของบุตร ขาดผู้อุปการะ ถูกทารุณ
 ครอบครัวเลี้ยงดูไม่เหมาะสม ครอบครัวแตกแยก ถูกบิดา มารดาขายให้ค้าประเวณี
 อื่น ๆ ระบุ.....

ความต้องการช่วยเหลือ (ตอบได้มากกว่า 1 รายการ)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> เงินทุนประกอบอาชีพ | <input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์ครอบครัว | <input type="checkbox"/> เงินทุนและอุปกรณ์การศึกษา |
| <input type="checkbox"/> เงินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล | <input type="checkbox"/> ภายอุปกรณ์ | <input type="checkbox"/> เบื้องนมสำหรับเด็ก |
| <input type="checkbox"/> ส่งกลับภูมิลำเนา | <input type="checkbox"/> ติดตามหาญาติ | <input type="checkbox"/> รับเข้าสถานสงเคราะห์/สถานแรกรับ |
| <input type="checkbox"/> ทำกายภาพบำบัด | <input type="checkbox"/> รับเข้าฝึกอาชีพในสถานคุ้มครองฯ ศูนย์สงเคราะห์และฝึกอาชีพ | |
| <input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ | <input type="checkbox"/> จดทะเบียนคนพิการ | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... |

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ร้องขอรับการสงเคราะห์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้สัมภาษณ์

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โทรศัพท์.....