

ยากจน

- ☐ เด็กพิการทางร่างกาย ☐ เด็กพิการทางสายตา ☐ เด็กพิการทางการพูด/การฟัง
- ☐ พิการทางสติปัญญา/การเรียนรู้ ☐ พิการทางจิตใจ/พฤติกรรม ☐ พิการซ้ำซ้อน
- ☐ พิการอื่นๆ (ระบุ)..... ☐ ถูกบังคับค้าประเวณี
- ☐ ตั้งครรภ์นอกสมรส ☐ ถูกทารุณกรรม ☐ ผู้ตกเป็นเหยื่อการค้ามนุษย์
- ☐ สตรีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ยากจน ☐ รายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ ☐ ไม่มีเงินทุนประกอบอาชีพ
- ☐ มีหนี้สิน ☐ ไม่มีที่อยู่อาศัย ☐ ถูกข่มขืน/ล่วงละเมิดทางเพศ
- ☐ ครอบครัวมีภาระเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา(อาทิ เด็ก คนพิการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดยาเสพติด)
- ☐ เจ็บป่วยเรื้อรัง ☐ ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ☐ ไม่มีงานทำ / ไม่มีอาชีพ
- ☐ ถูกทอดทิ้ง ☐ หลงลืม ขราภาพมาก ☐ เร่ร่อน
- ☐ ไม่มีเงินทุนหรืออุปกรณ์การศึกษาของบุตร ☐ ขาดผู้อุปการะ ☐ ขาดทุน
- ☐ พลัดหลง ☐ ครอบครัวเลี้ยงดูไม่เหมาะสม ☐ ครอบครัวแตกแยก ☐ มีบุตรยาก
- ☐ ข้อมูลความเดือดร้อนเพิ่มเติม (ระบุ).....

5. ความต้องการช่วยเหลือ (ตอบได้มากกว่า 1 รายการ)

- ☐ เงินทุนประกอบอาชีพ ☐ เงินสงเคราะห์ครอบครัว ☐ เงินทุนและอุปกรณ์การศึกษา
- ☐ เงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาล ☐ เครื่องช่วยความพิการ(ระบุ).....
- ☐ นมผงสำหรับเด็ก ☐ ส่งกลับภูมิลำเนา ☐ ติดตามหาญาติ
- ☐ รับเข้าสถานสงเคราะห์ ☐ ส่งไปทำกายภาพบำบัด ☐ ส่งเข้าฝึกอาชีพ
- ☐ เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

6. ชื่อ-สกุล ผู้ร้องขอ ตำแหน่ง.....

ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

ผู้ขอรับการช่วยเหลือ

ผู้ร้องขอ

วันที่..... เดือน..... ปี.....

7. ชื่อ-สกุล ผู้สัมภาษณ์.....

ชื่อ-สกุล ผู้รับรอง.....

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง.....

ผลการให้ความช่วยเหลือ

- ☐ ช่วยเหลือด้านเงิน จำนวนเงิน.....บาท (.....)
- ☐ ช่วยเหลือด้านสิ่งของ ระบุ.....
- ☐ ช่วยเหลือด้านอื่นๆ ระบุ.....
- ☐ ส่งต่อความช่วยเหลือ ชื่อหน่วยงาน..... จังหวัด.....

ความคิดเห็น.....

ลงชื่อ..... ผู้อนุมัติ

(.....)

ประธานชมรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุตำบลริมปิง (อผส.)

วันที่..... เดือน..... ปี.....