



ศูนย์บริการคนพิการ
Disability Services Center (DSC)

แบบสอบถามเท็จจริงผู้รับบริการทางสังคม

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

Walk in / ออกหน่วยเคลื่อนที่ สำรวจ ลำดับที่.....

วันที่รับเรื่อง..... เดือน..... พ.ศ.

เงินสงเคราะห์ รถโยก รถเข็นนั่ง เข้ารับการดูแลในสถานสงเคราะห์ อื่นๆ.....

๑. ข้อมูลผู้ขอรับบริการ

ชื่อ - นามสกุล (ผู้รับบริการ) 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/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน.....

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

ไม่ได้ประกอบอาชีพและได้รับการอุปการะค่าใช้จ่ายจาก.....

ประกอบอาชีพ ระบุ..... อื่นๆ ระบุ.....

รายได้เฉลี่ย.....บาท ต่อ วัน / เดือน / ปี

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 รายจ่ายเฉลี่ยของครอบครัวบาทต่อเดือน
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ได้ ไม่ได้ อื่นๆ ระบุ.....

๕. ความเห็นของนักสังคมสงเคราะห์/เจ้าหน้าที่ เห็นสมควรให้ความช่วยเหลือ คือ

- เงินสงเคราะห์ฯ คนพิการ จำนวนบาท รถโยก.....คัน รถเข็น.....คัน
- เข้ารับการอุปการะในสถานสงเคราะห์ อื่นๆ ระบุ.....

๖. ประวัติการได้รับการช่วยเหลือ/สวัสดิการ

.....

.....

.....

๗. ปัญหาความเดือดร้อน

.....

.....

.....

.....

๘. ความช่วยเหลือที่ต้องการและแนวทางการให้ความช่วยเหลือ

ความช่วยเหลือที่ต้องการ	แนวทางการให้ความช่วยเหลือ
<u>ด้านการเงิน</u>	<u>ด้านการเงิน</u>
<u>ด้านสิ่งของ</u>	<u>ด้านสิ่งของ</u>
<u>ด้านอื่นๆ</u>	<u>ด้านอื่นๆ</u>

ลงชื่อ.....
 (.....)
 ผู้ขอรับบริการ/ผู้ร้องแทน
/...../.....

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

การดำเนินงานของเจ้าหน้าที่/นักสังคมสงเคราะห์

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

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน

(.....)

ตำแหน่ง.....

...../...../.....

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

.....
.....
.....

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

...../...../.....

หมายเหตุ : ได้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน (รับรองสำเนาถูกต้อง)

ผู้ขอรับบริการ/ผู้ยื่นเรื่องแทน/ผู้รับเงิน : ต้องเป็นบุคคลคนเดียว

แผนที่โดยสังเขป