



ที่ พช ๐๐๐๕/๐๕๐๓๓

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด
ศูนย์ราชการจังหวัดเพชรบูรณ์ ถนนสระบุรี-หล่มสัก
อำเภอเมืองเพชรบูรณ์ พช ๖๗๐๐๐

๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๔

วิมลพร ๐๕๐๔/๓๐๐๗
- ๒๓/๑๐/๒๐๒๓
(นางอภิสร่า ปวงแก้ว)
หัวหน้าสำนักปลัด

เรื่อง ขอความร่วมมือเยี่ยมบ้าน สอบข้อเท็จจริง และพิจารณาให้ความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม
ที่ขอความช่วยเหลือผ่านศูนย์ช่วยเหลือสังคม ๑๓๐๐

เรียน นายก อบจ. เพชรบูรณ์ ร่วมทำ ก.๑๓ มุค.๑๓๓

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายงานสรุปข้อมูลรับเรื่องราวร้องเรียนศูนย์ช่วยเหลือสังคม ๑๓๐๐ จำนวน ๑ ชุด
- ๒. แบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหา จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบูรณ์ ได้ดำเนินการตั้งศูนย์บริการรับเรื่องราวร้องเรียนผ่านศูนย์ช่วยเหลือสังคม ๑๓๐๐ จังหวัดเพชรบูรณ์ ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๓ ซึ่งพบว่า มีประชาชนที่ประสบปัญหาทางสังคม ติดต่อขอรับบริการอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ที่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มเปราะบาง ทั้งด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ประสบปัญหาทางสังคม ติดต่อขอรับบริการเพิ่มขึ้นจำนวนมาก และด้วยสถานการณ์ดังกล่าว ส่งผลให้นักสังคมสงเคราะห์ไม่สามารถลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ช่วยเหลือได้ทันทั่วถึง

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบูรณ์ พิจารณาแล้วเพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการให้บริการประชาชน จึงขอความร่วมมือท่านมอบหมายเจ้าหน้าที่รับผิดชอบ ลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน สอบข้อเท็จจริง พิจารณาดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ร่วมกับอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในพื้นที่ หากพิจารณาแล้ว เห็นควรให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติม กรุณาส่งต่อมายังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อนำข้อมูลเสนอคณะกรรมการพิจารณาให้ความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมจังหวัดเพชรบูรณ์ ต่อไป ผลเป็นประการใดกรุณาแจ้งให้ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบูรณ์ ทราบด้วย รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาและขอขอบคุณในความร่วมมือ มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวนิชาภัทร วิบูลย์พานิช)
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบูรณ์

รายงานสรุปข้อมูลรับเรื่องราวร้องเรียนศูนย์ช่วยเหลือสังคม ๑๓๐๐

ส่วนรับเรื่อง

เลขที่รับแจ้ง : ๒๑-๐๓-๐๐๐๕๙๐๔๗ Ref.ticket : - เจ้าหน้าที่รับเรื่อง : บพด.เพชรบูรณ์
วันที่รับแจ้ง : ๘ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ ๑๘:๓๓ น.
รายละเอียดผู้แจ้ง : นางสาว อริสรา กัลยาประสิทธิ์ หมายเลขโทรศัพท์ : ๐๖๕๖๔๙๘๗๖๐ -

ที่อยู่ : ๑๖๐ ม.๕ ดงมูลเหล็ก เมืองเพชรบูรณ์ เพชรบูรณ์
ประเด็นปัญหา : นางสาวอริสรา กัลยาประสิทธิ์ อายุ ๑๗ ปี สอบถามเรื่องเงินช่วยเหลือเด็ก
สถานที่เกิดเหตุ : ๑๖๐ ม.๕
ข้อมูลสภาพปัญหา : นางสาวอริสรา กัลยาประสิทธิ์ อายุ ๑๗ ปี (เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๑๖๗๙๙๐๐๕๗๐๒๐๓) ที่อยู่ ๑๖๐ ม. ๕ ต.ดงมูลเหล็ก อ.เมืองเพชรบูรณ์ จ.เพชรบูรณ์ สามชื่อ นายวิรุฬห์ ทนโกจารย์ อายุ ๑๙ ปี มีบุตรสาวชื่อ ด.ญ.ปญญิสสา ทนโกจารย์ อายุ ๘ เดือน (เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๑๖๗๙๙๐๑๐๕๙๓๕๕) สอบถามเรื่องเงินช่วยเหลือเด็ก โดยได้รับข่าวสารมาจากทางสื่อ facebook ซึ่งเจ้าหน้าที่ฯ ได้ให้คำปรึกษาและแนะนำภารกิจเกี่ยวกับหน่วยงาน และส่งต่อข้อมูลให้กับหน่วยงานบ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดเพชรบูรณ์ และสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบูรณ์

ข้อมูลผู้ประสบปัญหา

ชื่อ-นามสกุลผู้ประสบปัญหา ๑ : เด็กหญิง ปุญญิสสา ทนโกจารย์ อายุ : ๑
เลขที่บัตรประชาชน : ๑-๖๗๙๙-๐๑๐๕๕-๓๕-๕ ความพิการ : ไม่พิการ
กลุ่มเป้าหมาย : เด็ก
ปัญหาหลัก : ปัญหารายได้และความเป็นอยู่
ปัญหาย่อย ๑ : ปัญหารายได้ / ครอบครัวยากจน
ปัญหาย่อย ๒ : รายได้ไม่เพียงพอ / ยากจน
ปัญหาย่อย ๓ : -
ที่อยู่ปัจจุบัน :
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน :
ข้อมูลครอบครัว :
บิดา : - - -, เลขบัตรประชาชน -
มารดา : - - -, เลขบัตรประชาชน -

ส่วนแผนและการช่วยเหลือ

วันที่ เวลา : ๘ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ ๑๗:๕๙ น.
ชื่อเจ้าหน้าที่ : บพด.เพชรบูรณ์ , ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่ ๑๓๐๐ จังหวัด
การประเมินความเสี่ยง : -

สำหรับ เจ้าหน้าที่กระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์ เท่านั้น

ครั้งที่..... ปี

เลขที่แบบบันทึก..... วันที่รับเรื่อง.....

การเข้ารับบริการ Walk in ออกหน่วยเคลื่อนที่ สำรวจ รับจากองค์กร/หน่วยงานภายนอก.....

ชื่อ-นามสกุล ผู้สำรวจ/รับเรื่อง/สอบข้อเท็จจริง..... ตำแหน่ง.....



แบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม
กระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์

1. ผู้ยื่นคำร้อง / ผู้แจ้งแทน (กรณีไม่สามารถยื่นคำร้องได้ด้วยตนเอง) / ผู้ยื่นคำขอ

คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....) ชื่อ..... นามสกุล.....

เลขที่บัตรประชาชน กรณีไม่มีเนื่องจาก.....

วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี เพศ ชาย หญิง

ความสัมพันธ์กับผู้ประสบปัญหา..... ระดับการศึกษาสูงสุด.....

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน..... ตรอก.....

ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์..... โทรสาร..... โทรศัพท์มือถือ.....

e-Mail.....

2. ประวัติผู้ประสบปัญหาทางสังคม

2.1 กรณีบุคคลทั่วไป

คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....) ชื่อ..... นามสกุล.....

เลขที่บัตรประชาชน กรณีไม่มีเนื่องจาก.....

วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี เพศ ชาย หญิง

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

สถานภาพ โสด สมรสอยู่ด้วยกัน สมรสแยกกันอยู่ หย่าร้าง ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

2.2 กรณีเด็ก

คำนำหน้าชื่อ (ต.ช./ต.ญ./นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....) ชื่อ..... นามสกุล.....

เลขที่บัตรประชาชน กรณีไม่มีเนื่องจาก.....

วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี เพศ ชาย หญิง

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

กรณีเด็ก กรอกข้อมูลเพิ่มเติม ดังนี้

บิดา ชื่อ..... นามสกุล..... วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี

มารดา ชื่อ..... นามสกุล..... วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี

ความสัมพันธ์ของผู้อุปการะ ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา ไม่มีความสัมพันธ์ อื่นๆ.....

สาเหตุของการอุปการะ บิดา ทอดทิ้ง เสียชีวิต ต้องโทษจำคุก อื่นๆ ระบุ.....

มารดา ทอดทิ้ง เสียชีวิต ต้องโทษจำคุก อื่นๆ ระบุ.....

5. ประเภทผู้ขอรับบริการ

- ครอบครัวของเด็ก/เด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน
- ผู้ตกทุกข์ได้ยากที่ขอให้ความช่วยเหลือส่งกลับภูมิลำเนาเดิม
- ผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน
- ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยที่ประสบความเดือดร้อนหรือผู้ไร้ที่พึ่ง
- ครอบครัวคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการและประสบปัญหาความเดือดร้อน
- สตรีหรือครอบครัวที่ประสบปัญหาทางสังคม
- ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนและมีความจำเป็นในเรื่องต่างๆ
- ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง
- สตรีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ติดเชืหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีผู้อยู่ในอุปการะ
- สตรีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ไม่ได้ติดเชืหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะคนในครอบครัวที่ติดเชืหรือป่วยด้วยโรคเอดส์
- สตรีที่ติดเชืหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ไม่มีผู้อยู่การะเลี้ยงดู
- สตรีที่สามปีวย หรือเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะเลี้ยงดูบุคคลในครอบครัว
- ครอบครัวที่เป็นหัวหน้าครอบครัวติดเชืหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีผู้อยู่ในอุปการะ
- ครอบครัวที่เป็นหัวหน้าครอบครัวไม่ได้ติดเชืหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชืหรือป่วยด้วยโรคเอดส์
- ครอบครัวที่หัวหน้าครอบครัวถึงแก่กรรมด้วยโรคเอดส์
- ผู้ติดเชืหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ไม่มีผู้อยู่การะเลี้ยงดู
- ราษฎรบนพื้นที่สูง ซึ่งเป็นชาวเขาประสบปัญหาความเดือดร้อน

6. สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

6.1 ด้านที่อยู่อาศัย

- ไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย
- ไม่มีที่อยู่อาศัย
- สภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมต่อการพักอาศัย
- เร่ร่อน

6.2 ด้านสุขภาพอนามัย

- ติดเชืเอ็ดส์ (HIV)/ ป่วยด้วยโรคเอดส์
- ป่วยเป็นโรคร้ายแรง
- ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน
- ผู้ป่วยทางจิต
- หลงลืมซราภาพ
- ได้รับผลกระทบจากเชืเอ็ดส์/ป่วยด้วยโรคเอดส์
- เจ็บป่วยเรื้อรัง
- ขาดแคลนกายอุปการณ์/ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ
- ไม่ได้รับการรักษายาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ดิทยาเสพติด
- โรคมึมเคร้า
- อื่นๆ ระบุ.....

6.3 ด้านการศึกษา

- ขาดโอกาสทางการศึกษา
- ไม่มีทุนการศึกษา

6.4 ด้านการมีงานทำ และมีรายได้

- ขอดาน
- ถูกเลิกจ้าง/ว่างงาน
- ไม่มีการออม
- ไม่มีรายได้
- ไม่มีที่ดินทำกิน
- ขาดทักษะในการประกอบอาชีพ
- ถูกนายจ้างเอารัดเอาเปรียบ
- ไม่มีงานทำ
- ไม่มีอาชีพ
- รายได้ไม่แน่นอน
- รายได้ไม่พอใช้จ่าย
- มีหนี้สิน
- ไม่มีทุนประกอบอาชีพ
- ยากจน/ไร้ที่พึ่ง
- อื่นๆ ระบุ.....

6.5 ด้านครอบครัว

- กำพรว้า
- ครอบครัวอุปถัมภ์
- ได้รับผลกระทบจากการที่คนในครอบครัวต้องโทษจำคุก
- ต้องรับภาระหน้าที่ในครอบครัวเกินวัย/เกินความสามารถสติปัญญา
- ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตร
- อยู่ตามลำพังไม่มีผู้ดูแล และมีปัญหาในการดำรงชีวิต
- ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลไม่สามารถอุปการะเลี้ยงดูได้
- แม่เฒ่าที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง/แม่เลี้ยงเดี่ยว
- ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางคืน ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน
- ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านร่างกาย
- ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านเพศ
- ครอบครัวมีภาระเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (อาทิ เด็กคนพิการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดยาเสพติด)
- ผู้อุปการะมีฐานะยากจน/ขาดแคลน
- ครอบครัวแตกแยก/พ่อแม่แยกทาง
- ได้รับการเลี้ยงดูไม่เหมาะสม
- ต้องดูแลบุคคลในครอบครัว
- ตั้งครรภ์นอกสมรส
- ถูกทอดทิ้ง
- ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม
- พ่อแม่ที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง/พ่อเลี้ยงเดี่ยว
- ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน
- ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้
- ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านจิตใจ
- ครอบครัวมีหนี้สิน
- ครอบครัวมีฐานะยากจน

6.6 ด้านความรุนแรงในครอบครัว/สังคม

- เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น
- ทารุณกรรมทางร่างกาย
- ทารุณกรรมทางจิตใจ
- ทารุณกรรมทางเพศ

6.7 ด้านการเป็นผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์

- ตกเป็นเครื่องมือแสวงหาผลประโยชน์อื่นๆ
- ถูกบังคับขอรหัส
- ถูกล่อลวง
- เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น
- ถูกบังคับให้ประพฤติดีกกฎหมาย
- ถูกทารุณกรรม/กักขัง/หน่วงเหนี่ยว
- ถูกบังคับค้าประเวณี
- ถูกแสวงหาประโยชน์ทางเพศ
- ถูกบังคับใช้แรงงาน

6.8 ด้านการเข้าถึงสิทธิและความเป็นธรรมในสังคม

- ไม่มีค่าพาหนะเดินทางกลับภูมิลำเนา
- ไม่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐ
- ยังไม่ยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ
- ไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎร
- ขอบุตรบุญธรรม
- การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมระหว่างเพศ
- ถูกรังเกียจเหยียดหยาม
- เคยต้องโทษ/ประสบปัญหาการใช้ชีวิตในสังคม
- ถูกละเมิดทางเพศ
- ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความรุนแรงทางการเมือง
- ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบชายแดนภาคใต้
- ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติภัยแล้ง/ภัยหนาว/วาตภัย/อุทกภัย/อัคคีภัย/แผ่นดินไหว
- ได้รับผลกระทบจากมลภาวะ/สภาพแวดล้อม

6.9 ด้านสภาพปัญหาสังคมอื่นๆ

- ประพฤติตนไม่เหมาะสม
- เสี่ยงต่อการกระทำผิด
- ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนหรือการปรับตัวที่เหมาะสม
- การอพยพ/หลบหนีเข้าเมือง
- อื่นๆ ระบุ.....

8. สิทธิสวัสดิการที่เคยได้รับ

- 1. ไม่เคย
- 2. เคย อะไรบ้างในปีงบประมาณนี้ จำนวน ครั้ง รวมเป็นเงิน บาท ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 2.1 เงินสงเคราะห์
 - 2.2 เงินทุนประกอบอาชีพ
 - 2.3 เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
 - 2.4 เบี้ยความพิการ
 - 2.5 เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
 - 2.6 สวัสดิการที่ได้จากการลงทะเบียนโครงการเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
 - 2.7 เงินซ่อมแซมบ้าน
 - 2.8 สวัสดิการอื่นจากภาครัฐ ระบุ
 - 2.9 สวัสดิการภาคเอกชน
 - 2.10 เงินกู้
 - 2.11 เครื่องช่วยความพิการ
 - 2.12 อื่นๆ ระบุ.....

9. การรับรองข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตรงความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ระงับสวัสดิการและประโยชน์อื่นๆ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสาร เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าพเจ้าและครอบครัว

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับความช่วยเหลือ

(.....)

ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับคำขอ

(.....)

ลงวันที่.....

ผลการเยี่ยมบ้าน

ตรวจเยี่ยม

เจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยม ชื่อ - สกุล ตำแหน่ง

หน่วยงาน

ชื่อ - สกุล ของผู้ประสบปัญหาทางสังคม

บ้านเลขที่

สภาพที่อยู่อาศัย

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

สภาพปัญหาความเดือดร้อน

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

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมบ้าน

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

ลงชื่อ ผู้เยี่ยมบ้าน
(.....)

ตำแหน่ง

ลงวันที่ (ว.ด.ป.ที่เยี่ยมบ้าน)

หมายเหตุ : ผู้เยี่ยมบ้าน หมายถึง เจ้าหน้าที่กระทรวง พม.หรือเจ้าหน้าที่หน่วยบริการในพื้นที่หรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐ
ที่ได้รับมอบหมายหรือได้รับคำขอนี้ หรืออาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.)

ส่วนนี้ สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้วินิจฉัย เท่านั้น

การพิจารณาให้ความช่วยเหลือ

ความเห็นของผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ

.....

- ช่วยเหลือเป็นเงิน จำนวน บาท หรือ
- ช่วยเหลือเป็นสิ่งของ ระบุ อุปกรณ์การศึกษา อาหาร
- เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค
- นมผงสำหรับเด็ก เครื่องอุปโภคและบริโภค
- อื่นๆ ระบุ.....

มูลค่าสิ่งของ จำนวนบาท

ตามระเบียบ/ประกาศ/หนังสือ

.....

เงินอุดหนุนประเภท.....

.....

ลงชื่อผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ
(.....)

ตำแหน่ง

เลขที่.....

วันที่.....เดือนพ.ศ.

หมายเหตุ : ผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ ได้แก่

- (๑) ผู้ซึ่งระเบียบ ประกาศ หรือหลักเกณฑ์ว่าด้วยการนั้น กำหนดให้เป็นผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ หรือ
- (๒) นักสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต หรือเจ้าหน้าที่อื่นซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในความควบคุมของนักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต หรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าส่วนราชการเจ้าของเงินอุดหนุน

ผลการพิจารณาให้ความช่วยเหลือของคณะกรรมการพิจารณาให้ความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม

วันที่ประชุมคณะกรรมการฯ.....ครั้งที่.....

- ทราบ (เร่งด่วน)
- คุณสมบัติผู้ประสบปัญหาทางสังคม
 - เห็นชอบ
 - ไม่เห็นชอบ ระบุเหตุผล.....

- วิธีการให้ความช่วยเหลือ
 - เห็นชอบ
 - ไม่เห็นชอบ ระบุเหตุผล.....

ความเห็นเพิ่มเติม.....

.....

เลขที่ /

แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบูรณ์

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

เลขประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□

สำนัก/กอง/ศูนย์ สังกัดกรม กระทรวง

อยู่บ้านเลขที่ ซอย ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ เบอร์โทรศัพท์

ขอรับเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารมาเพื่อ
เป็นหลักฐานด้วยแล้ว

กรณีเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ ที่สังกัดส่วนราชการผู้จ่าย

เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ใช้สำหรับรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน

บัญชีเงินฝากธนาคาร สาขา

ประเภท เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร

เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารอื่น ตามที่ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบูรณ์

อนุญาต

บัญชีเงินฝากธนาคาร สาขา

ประเภท เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร

กรณีเป็นบุคคลภายนอกเพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร

สาขา..... ประเภท เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร

และเมื่อ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบูรณ์ โอนเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online
แล้ว ให้ส่งข้อมูลการโอนเงินผ่านช่องทาง

ข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ (SMS) ที่เบอร์โทรศัพท์

จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ตาม e-mail address

ลงชื่อผู้มีสิทธิรับเงิน

(.....)

หมายเหตุ : เลขที่ของแบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online ให้ระบุหมายเลขกำกับ
เรียงกันไปทุกฉบับ เพื่อประโยชน์ในการจัดทำทะเบียนคุมการโอนเงิน