

แบบสอบถามเท็จจริง
ผู้รับการสงเคราะห์เป็ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
เทศบาลตำบลภูดิน อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

๑. ลำดับที่
๒. วัน/เดือน/ปี ที่รับเรื่อง
๓. ชื่อ - นามสกุล (ผู้รับบริการ) (นาย/นาง/นางสาว)
๔. วัน/เดือน/ปีเกิด
๕. อายุปี ๖. ระดับการศึกษา
๗. บุคลิกภาพ ลักษณะของผู้รับบริการ
-
-
๘. เชื้อชาติ ไทย อื่นๆระบุ
๙. สัญชาติ ไทย อื่นๆระบุ
๑๐. ศาสนา พุทธ อื่นๆระบุ
๑๑. สถานภาพการสมรส โสด สมรส ม่าย หย่าร้าง,แยกกันอยู่ อื่นๆระบุ.....
๑๒. ภูมิลำเนาเดิม บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล..... อำเภอ จังหวัด
๑๓. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล..... อำเภอ จังหวัด
๑๔. ประกอบอาชีพ.....
๑๕. รายได้บาท/เดือน
๑๖. ลักษณะที่อยู่อาศัย
- บ้านของตน บ้านของบิดา-มารดา บ้านญาติ บ้านพักองค์กรเอกชน
- บ้านเช่า เช่าที่บุคคลอื่น อื่นๆระบุ.....
- สภาพภายในที่อยู่อาศัย
-
-
- สภาพสิ่งแวดล้อม
-
-
๑๗. สภาพครอบครัว
-
-

๑๘. สมาชิกภายในครอบครัวคน

| ลำดับ ที่ | ชื่อ-สกุล | อายุ (ปี) | เกี่ยวข้อง | การศึกษา | สุขภาพ | อาชีพ | รายได้(บาท/ เดือน) |
|--------------|-----------|--------------|------------|----------|--------|-------|-----------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

๑๙. เคยได้รับความช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพหรือไม่

ไม่เคย เคย ระบุ

๒๐.อื่น ๆ.....
.....
.....
.....

ลงชื่อผู้เยี่ยมบ้าน
(.....)

ตำแหน่ง

วันที่(ว/ด/ป ที่เยี่ยมบ้าน)

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกเทศบาลตำบลภูดิน

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ..... ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....
ถนน.....-..... ตรอก/ซอย.....-..... หมู่ที่..... ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับเงิน
สงเคราะห์ เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

๑. ที่พักอาศัย

- () เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ชำรุดทรุดโทรม () ชำรุดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวร
() เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....

สามารถเดินทางได้() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก
อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้
() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

๓. การพักอาศัย

- () อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....
() พักอาศัยกับ รวมคน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน
มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

๔. รายได้ - รายจ่าย

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....สถานที่ติดต่อเลขที่.....ถนน.....
ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
เกี่ยวข้องกับ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ให้ถ้อยคำ
(.....)

แบบแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มีสิทธิได้รับ
การสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่.....นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

- () เป็นเงินสด
- () โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)