

ช่องทางการรับเงินสวัสดิการอื่น ๆ

ท่านประสงค์ขอรับสวัสดิการต่างๆ ผ่านช่องทางใด

- ☐ ผ่านบัญชีธนาคาร..... สาขา.....
ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....
☒ รับเป็นเงินสด เนื่องจาก.....

3. ช่องทางการติดต่อของคนพิการ

☐ คนพิการเอง ☒ ผู้ปกครอง/ผู้พิทักษ์/ผู้อนุบาล/ผู้ดูแล
ชื่อ-สกุล นายประจักษ์ มั่งคั่ง เบอร์โทร 080 7945547
ID Line Email

4. ท่านได้รับผลกระทบจากวิกฤต COVID - 19

- ☐ ไม่ได้รับผลกระทบ
☐ ได้รับผลกระทบ (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ หายงาน/หยุดกิจการ/ปิดร้านชั่วคราว ☐ ถูกเลิกจ้างงาน/ต้งงาน
☐ คนในชุมชนติดเชื้อ ☐ เป็นกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อ
☐ ขาดแคลนเวชภัณฑ์ ☒ ขาดแคลนอาหาร/ของใช้
☐ เดินทางไม่สะดวก ☐ ผลกระทบอื่นๆ.....

5. ความต้องการสวัสดิการเพิ่มเติม (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ การพักชำระหนี้จากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ 12 เดือน
☐ การกู้ยืมเงินจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (กรณีฉุกเฉิน)
☐ การปรับสภาพที่อยู่อาศัย
☒ เครื่องอุปโภค/บริโภค/เวชภัณฑ์
☐ การบริการด้านการรักษาพยาบาล
☐ บริการล่ามภาษามือ
☐ เงินสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
☐ กายอุปกรณ์
☐ บริการผู้ช่วยคนพิการ
☐ สวัสดิการอื่นๆ โปรดระบุ.....

6. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูล
ข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าพเจ้าและครอบครัว

☒ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

ลงชื่อ. x. ๑/๑-๗/๖๐ ๑/๑๕
(๑/๑-๗/๖๐ ๑/๑๕)
ผู้ขอรับบริการ/ผู้ขอรับความช่วยเหลือ
/ผู้ดูแลคนพิการ
ลงวันที่ 15 พ.ค. 6๗

ลงชื่อ.....
(นายวิชา ใจดี)
ผู้เก็บข้อมูล/ผู้นำเข้าข้อมูล
โทรศัพท์ ๐๖๒-๙๘๙๘๖๔
ลงวันที่ 15 พ.ค. 6๗

ช่องทางการรับเงินสวัสดิการอื่น ๆ

ท่านประสงค์ขอรับสวัสดิการต่างๆ ผ่านช่องทางใด

- ☐ ผ่านบัญชีธนาคาร..... สาขา.....
ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....
☒ รับเป็นเงินสด เนื่องจาก.....

3. ช่องทางการติดต่อของคนพิการ

☒ คนพิการเอง ☐ ผู้ปกครอง/ผู้พิทักษ์/ผู้อนุบาล/ผู้ดูแล
ชื่อ-สกุล น.ส. พวงมาลา ใจกลาง เบอร์โทร 083 2659188
ID Line Email

4. ท่านได้รับผลกระทบจากวิกฤต COVID - 19

- ☐ ไม่ได้รับผลกระทบ
☒ ได้รับผลกระทบ (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ หายงาน/หยุดกิจการ/ปิดร้านชั่วคราว ☐ ถูกเลิกจ้างงาน/ตกงาน
☐ คนในชุมชนติดเชื้อ ☐ เป็นกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อ
☐ ขาดแคลนเวชภัณฑ์ ☒ ขาดแคลนอาหาร/ของใช้
☐ เดินทางไม่สะดวก ☐ ผลกระทบอื่นๆ.....

5. ความต้องการสวัสดิการเพิ่มเติม (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ การพักชำระหนี้จากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ 12 เดือน
☐ การกู้ยืมเงินจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (กรณีฉุกเฉิน)
☐ การปรับสภาพที่อยู่อาศัย
☒ เครื่องอุปโภค/บริโภค/เวชภัณฑ์
☐ การบริการด้านการรักษาพยาบาล
☐ บริการล่ามภาษามือ
☐ เงินสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
☐ กายอุปกรณ์
☐ บริการผู้ช่วยคนพิการ
☐ สวัสดิการอื่นๆ โปรดระบุ.....

6. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูล
ข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าพเจ้าและครอบครัว

- ☒ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

ลงชื่อ. น.ส. พวงมาลา ใจกลาง
(นางสาว พวงมาลา ใจกลาง)
ผู้ขอรับบริการ/ผู้ขอรับความช่วยเหลือ
/ผู้ดูแลคนพิการ
ลงวันที่ 15 ม.ค. 63

ลงชื่อ. (นายวิชาญ ใจดี)
ผู้เก็บข้อมูล/ผู้นำเข้าข้อมูล
โทรศัพท์ 062-9899368
ลงวันที่ 15 ม.ค. 63

ที่ อค ๘๓๑๐๕ /๕๓



ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านค้อ
อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ๔๑๑๖๐

๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

เรื่อง นำส่งแบบขอรับเงินสงเคราะห์ค่าพาหนะสำหรับการเดินทางของผู้ป่วยที่ยากไร้เพื่อเข้ารับการรักษา ณ
โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของทางราชการ

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย -แบบบันทึกข้อมูลผู้ประสบปัญหาทางสังคม

จำนวน ๑ ชุด

ตามที่องค์การบริหารจังหวัดอุดรธานีได้แจ้งให้องค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่งดำเนินการตาม
ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยยากไร้้องค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐
สำหรับผู้มีความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์ช่วยเหลือค่าพาหนะสำหรับการเดินทางของผู้ป่วยที่ยากไร้เพื่อเข้า
รับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของทางราชการ นั้น

บัดนี้ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านค้อ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานีได้ดำเนินการสำรวจผู้
ประสบความเดือดร้อนตามแบบบันทึกผู้ประสบปัญหาทางสังคมตาม จำนวน ๑ ราย ตามสิ่งที่ส่งมาด้วยนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายหนูเที่ยง หงษ์ทอง)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านค้อ

กองสวัสดิการสังคม

องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านค้อ

โทร / โทรสาร ๐๔๒ - ๒๑๙๙๗๘

ผู้ประสานงาน นายชีวัน ไชดำ

เบอร์มือถือ ๐๖๒-๙๘๙๘๓๖๘