

แบบฟอร์มข้อมูลการขอใช้บริการลงทะเบียนขอความช่วยเหลือ

รูป

1. ข้อมูลส่วนตัว

ชื่อ(นาย/นาง/น.ส.).....สกุล..... NO.....
ว/ด/ปีเกิด.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน.....
เพศ.....สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....
ที่อยู่ปัจจุบัน บ้าน.....เลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์มือถือ..... เบอร์ติดต่อญาติ.....
สถานภาพครอบครัว โสด อยู่ร่วมกัน แยกกันอยู่ หย่าร้าง เสียชีวิต
สมาชิกในครอบครัว.....คน
ปัจจุบันประกอบอาชีพ.....รายได้ต่อเดือน.....บาท

2. ข้อมูลสถานที่ติดต่อ

ที่อยู่.....เลขที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....

3. ประเภทความพิการ

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ทางการมองเห็น | <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุ |
| <input type="checkbox"/> ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย | <input type="checkbox"/> กลุ่มเปราะบาง ด้าน..... |
| <input type="checkbox"/> ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย | |
| <input type="checkbox"/> ทางจิตใจหรือพฤติกรรม | |
| <input type="checkbox"/> ทางสติปัญญา | |
| <input type="checkbox"/> ทางการเรียนรู้ | |
| <input type="checkbox"/> ทางออทิสติก | |

4. ข้อมูลการทำงานปัจจุบัน

การจ้างงาน มาตรา 33 มาตรา 35 มาตรา 40 (ประกันตนเอง)
 อาชีพอิสระ อื่นๆ(ระบุ).....
ตำแหน่ง.....ชื่อหน่วยงาน.....เลขที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....เบอร์ติดต่อญาติ.....

4. หลักฐานหรือเอกสารแนบ

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน | <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรสวัสดิการ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน | <input type="checkbox"/> สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร หรือ พร้อมเพย์..... |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรคนพิการ | |

NO.

ชื่อ-สกุล.....

ความเดือดร้อนที่ต้องการให้ช่วยเหลือในช่วงโรคโควิด -19 ระบาด วัน.....เดือน.....พ.ศ.2563

- 1.....
.....
.....
- 2.....
.....
.....
- 3.....
.....
.....
- 4.....
.....
.....
- 5.....
.....
.....