

- ☐ ครั้งที่ 1 ปี
- ☐ ครั้งที่ 2 ปี
- ☐ ครั้งที่ 3 ปี



แบบ สคส.01

แบบขอรับบริการผู้ประสบปัญหาตามประกาศตามกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มาตรา 11 (8) (9) (10)

วันที่แจ้งเรื่อง/...../.....

ข้อมูลผู้ยื่นคำขอ (ผู้แจ้งเรื่อง)

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

เลขที่บัตรประชาชน ---

ตำแหน่ง..... หน่วยงาน.....

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก ซอย ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์ เบอร์ต่อ โทรสาร

ตรวจเยี่ยมบ้านวันที่...../...../.....

ประวัติผู้สูงอายุที่ขอรับบริการ

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

เลขที่บัตรประชาชน --- กรณีไม่มีเนื่องจาก

วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ ปี เพศ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา.....

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ สมรสแยกกันอยู่ ☐ หย่าร้าง ☐ ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน ☐ หม้าย(คู่สมรสเสียชีวิต)

อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บาท

ที่มาของรายได้ ☐ ด้วยตนเอง ☐ ผู้อื่นให้ (ระบุ)

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก ซอย ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์ (บ้าน) เบอร์ต่อ เบอร์โทรศัพท์ (มือถือ)

ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ บ้านตนเอง ☐ อาศัยผู้อื่นอยู่ ☐ บ้านเช่า ☐ อยู่กับผู้จ้าง ☐ ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง

☐ ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน (กรณีเป็นที่อยู่อาศัยตามทะเบียนบ้าน ขอให้ทำเครื่องหมาย ✓ ใน ☐ และข้ามไปกรอกข้อมูลอื่น)

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก ซอย ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์ (บ้าน) เบอร์ต่อ เบอร์โทรศัพท์ (มือถือ).....

สมาชิกในครอบครัว

ที่	ชื่อ - นามสกุล เลขที่บัตรประชาชน	อายุ (ปี)	เกี่ยวข้องกับ	อาชีพ	รายได้ ต่อเดือน	สุขภาพ
1	-					
2	-					
3	-					
4	-					
5	-					
6	-					
7	-					
8	-					

สถานที่ตรวจเยี่ยม ☐ ที่พักอาศัย ☐ โรงพยาบาล ☐ สถานีตำรวจ ☐ อื่นๆ (ระบุ)

สภาพปัญหาและความคิดเห็นของนักสังคมสงเคราะห์.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ผลการให้ความช่วยเหลือ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แนวทางการช่วยเหลือต่อไป

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจเยี่ยมบ้าน

(.....)

ตำแหน่ง