

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



แบบ สคส.01

แบบขอรับบริการผู้ประสบปัญหาตามประกาศตามกระทรวงการพัฒนาลังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 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 และ

ข้ามไปกรอกข้อมูลอื่น)

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	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>					
2	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>					
3	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>					
4	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>					
5	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>					
6	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>					
7	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>					
8	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>					

สถานที่ตรวจเยี่ยม ที่พักอาศัย โรงพยาบาล สถานีตำรวจ อื่นๆ (ระบุ)

สภาพปัญหาและความคิดเห็นของนักสังคมสงเคราะห์.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ผลการให้ความช่วยเหลือ

แนวทางการช่วยเหลือต่อไป

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจเยี่ยมบ้าน
(.....)

ตำแหน่ง