

โครงการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔

๑. ชื่อโครงการ โครงการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี

๒. หลักการและเหตุผล

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ ข้อ ๕ “การสงเคราะห์” หมายความว่า การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยากไร้เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง “ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง” หมายความว่า ค่าพาหนะสำหรับการเดินทางของผู้ป่วยที่ยากไร้เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของทางราชการ “ผู้ป่วยที่ยากไร้” หมายความว่า ผู้ป่วยที่ยากจน ซึ่งมีสิทธิได้รับการสงเคราะห์ตามหลักเกณฑ์การสงเคราะห์ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้รับการสงเคราะห์ให้ความช่วยเหลือไม่เพียงพอ หรือไม่ได้รับการสงเคราะห์เนื่องจากถูกจำกัดด้วยงบประมาณจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรี ในปัจจุบันสถานการณ์จำนวนผู้ป่วยที่ยากไร้เพิ่มขึ้น ขาดการดูแลเอาใจใส่ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง โดยบุตรหลานวัยทำงานต้องดิ้นรนออกไปทำงานนอกพื้นที่ เพราะสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบันเกิดการชะลอตัวค่าครองชีพเครื่องอุปโภค บริโภค มีราคาสูง รายได้ ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ทำให้บุตรหลานไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่บางรายอาจเกิดความน้อยใจหรือหมดกำลังใจที่จะดำเนินชีวิต มักถูกมองให้เป็นผู้ไร้ความสามารถหรือเป็นภาระการขาดโอกาสทางสังคมและเศรษฐกิจ การเข้าไม่ถึงระบบบริการและการช่วยเหลือในการเข้าถึงบริการสาธารณะ ทั้งที่ผู้ป่วยที่ยากไร้เป็นสมาชิกกลุ่มหนึ่งของสังคมไทยที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือและพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างจริงจัง

จังหวัดนนทบุรี ได้รับแจ้งจากกระทรวงมหาดไทยว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่งได้ดำเนินการช่วยเหลือประชาชนในพื้นที่ที่เจ็บป่วย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ยากไร้ ไร้ที่พึ่ง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยช่วยเหลือเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ แต่ถูกหน่วยตรวจสอบ ทักท้วงว่าไม่อยู่ในอำนาจหน้าที่และไม่มีระเบียบให้เบิกจ่าย กระทรวงมหาดไทยได้ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และเล็งเห็นถึงความสำคัญของการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยากไร้ในท้องถิ่น จึงได้ออกระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือปฏิบัติ การพัฒนาคุณภาพชีวิตมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ป่วยที่ยากไร้ที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่าย เนื่องจากการทำงานในทุกมิติที่เกี่ยวข้องกัน องค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี โดยกองส่งเสริมคุณภาพชีวิต มีภารกิจหลักให้การสนับสนุนงานด้านสวัสดิการสังคม การส่งเสริมและยกระดับคุณภาพชีวิต ความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนให้ดียิ่งขึ้น ตามอำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด สอดรับตามกฎกระทรวง (พ.ศ.๒๕๔๑) ลงวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๔๑ ออกตามความมาตรา ๔๕ (๘) แห่งพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๔๐ ใน (๑๓) และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๒ มาตรา ๑๗ ใน (๒๗) ที่ระบุให้้องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีอำนาจหน้าที่ในการสังคมสงเคราะห์และการพัฒนาคุณภาพชีวิต สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส

ดังนั้นองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี โดยกองส่งเสริมคุณภาพชีวิต ได้ตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว จึงได้จัดทำโครงการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรีขึ้น เพื่อเป็นการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับการรักษาพยาบาล แบ่งเบาภาระของครอบครัว มีกำลังใจและยกระดับคุณภาพชีวิต ต่อไป

### ๓. วัตถุประสงค์

๓.๑ เพื่อให้ความช่วยเหลือประชาชนที่เจ็บป่วย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ยากไร้ ได้รับบริการการช่วยเหลือเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ อันจะช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๓.๒ เพื่อแบ่งเบาภาระครอบครัวของผู้ป่วยที่ยากไร้ เกิดทัศนคติเชิงบวก รู้ถึงคุณค่าในตนเอง ไม่ท้อแท้ สิ้นหวัง สามารถพึ่งพาตนเองได้ มีกำลังใจ พร้อมทั้งจะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความสุข

### ๔. เป้าหมาย

ผู้ป่วยที่ยากไร้ ในพื้นที่เขตจังหวัดนนทบุรี รวม ๖ อำเภอ ซึ่งมีสิทธิได้รับการสงเคราะห์ตามหลักเกณฑ์การสงเคราะห์ของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และหลักเกณฑ์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐

### ๕. วิธีดำเนินการ

๕.๑ เขียนโครงการเสนอต่อผู้บริหารเพื่อขออนุมัติโครงการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔

๕.๒ มีหนังสือถึงนายกเหล่ากาชาดจังหวัดนนทบุรี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ประชาสัมพันธ์จังหวัดนนทบุรี นายอำเภอทุกแห่งในจังหวัดนนทบุรี และนายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งในจังหวัดนนทบุรี เพื่อประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในชุมชนเขตพื้นที่จังหวัดนนทบุรีทราบ

๕.๓ ประชุมคณะทำงานกำหนดแผนการดำเนินงาน และลงพื้นที่ตรวจสอบข้อมูลของผู้ป่วย

๕.๔ ประสานสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรี สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๕.๕ ประชุมคณะกรรมการพิจารณาให้ความช่วยเหลือเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางรักษาพยาบาล

๕.๖ ดำเนินการเบิกจ่ายเงินช่วยเหลือดำเนินการให้เป็นไปตามระเบียบราชการ

๕.๗ ติดตาม ประเมินผล รายงานผลการดำเนินงานให้ผู้บังคับบัญชา ท้องถิ่นจังหวัดนนทบุรี และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

### ๖. สถานที่ดำเนินการ

ในพื้นที่เขตจังหวัดนนทบุรี รวม ๖ อำเภอ

### ๗. ระยะเวลาดำเนินการ

ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๓ - กันยายน ๒๕๖๔

### ๘. งบประมาณดำเนินการ

หมวดงบกลาง ประเภทรายจ่ายตามข้อผูกพัน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ จำนวน ๓๐๐,๐๐๐.-บาท (-สามแสนบาทถ้วน-)

### ๙. หน่วยงานรับผิดชอบ

กองส่งเสริมคุณภาพชีวิต องค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี

๑๐. การติดตามและประเมินผล

๑๐.๑ ติดตามประเมินผล ก่อนให้บริการ ระหว่างให้บริการและภายหลังรับบริการ

๑๐.๒ รวบรวมสถิติ ข้อมูล ผลการดำเนินงาน จากกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการ โดยรายงานผลเป็นรายเดือน

๑๑. ตัวชี้วัดผลสำเร็จโครงการ

๑๑.๑ เสิ้งปริมาณ

- ผู้ป่วยที่ยากไร้ เข้าร่วมโครงการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี ในพื้นที่เขตจังหวัดนนทบุรี ๖ อำเภอ ครบตามจำนวนร้องขอตามขั้นตอนระเบียบทางราชการ

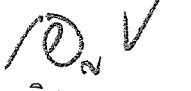
๑๑.๒ เสิ้งคุณภาพ


- ผู้ป่วยที่ยากไร้ ในพื้นที่ชุมชนเขตจังหวัดนนทบุรี ได้รับเงินเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับการรักษาพยาบาล แบ่งเบาภาระของครอบครัว มีกำลังใจ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามลำดับ


๑๒. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

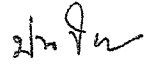
๑๒.๑ ผู้ป่วยที่ยากไร้ ได้รับการบริการช่วยเหลือเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ

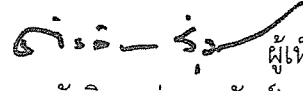
๑๒.๒ สามารถแบ่งเบาภาระครอบครัวของผู้ป่วยที่ยากไร้ เกิดทัศนคติเชิงบวกรู้ถึงคุณค่าในตนเอง ไม่ท้อแท้สิ้นหวัง สามารถพึ่งพาตนเองได้ มีกำลังใจพร้อมที่จะดำเนินชีวิตต่อไป อันจะช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น


ลงชื่อ  ผู้รับผิดชอบโครงการ  
(นายอิสบอโรเฮง เวานิ)  
นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ

ลงชื่อ  ผู้รับผิดชอบโครงการ  
(นางบังอร พารุ่ง)  
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

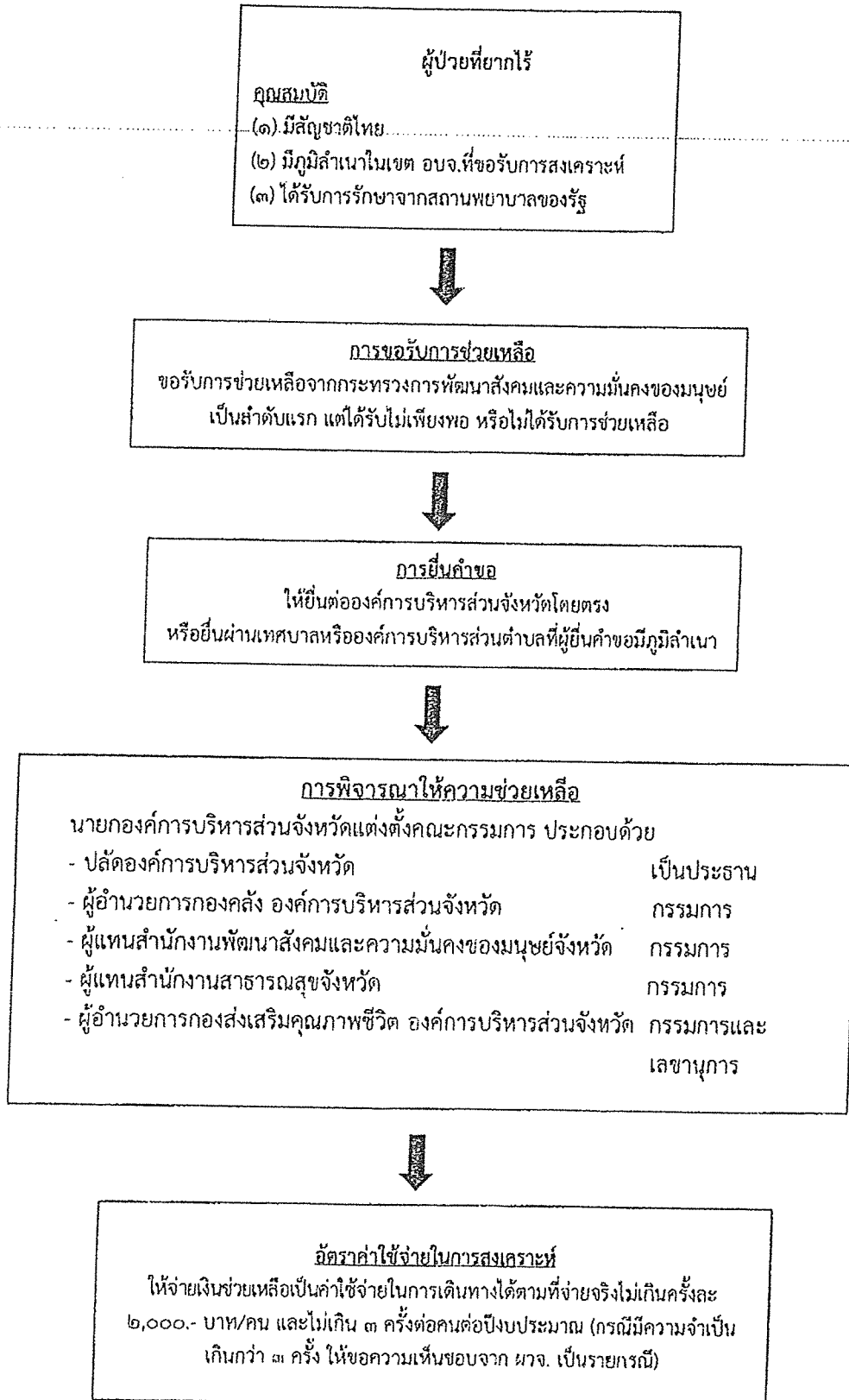
ลงชื่อ  หัวหน้าโครงการ  
(นายศราวุธ บุตรติลา)  
หัวหน้าฝ่ายสังคมสงเคราะห์

ลงชื่อ  ผู้เสนอโครงการ  
(นางสาวปานใจ เพ็ชรรัตนมณี)  
ผู้อำนวยการกองส่งเสริมคุณภาพชีวิต

ลงชื่อ  ผู้เห็นชอบโครงการ  
(นางสาวคัตติยา รุ่งพนารัตน์)  
ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี

พันตำรวจเอก  ผู้อนุมัติโครงการ  
(ธงชัย เย็นประเสริฐ)  
นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี

หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด  
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย  
ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐



ขั้นตอนการดำเนินการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐

ผู้ป่วยที่ยากไร้

คุณสมบัติ

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่จังหวัดนนทบุรี
- (๓) ได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น

ขอรับแบบคำขอ ที่กองส่งเสริมคุณภาพชีวิต อบจ.นนทบุรี (แห่งที่ ๒)

หรือเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ในพื้นที่ของผู้ป่วย

ประกอบด้วย

๑. แบบคำขอรับความช่วยเหลือสำหรับผู้ประสบปัญหาทางสังคม (ตามแบบของ พมจ.) และต้องบันทึกข้อมูลผู้ป่วยให้ครบถ้วนถูกต้อง
๒. ใบรับรองแพทย์/ใบเสร็จรับเงิน
๓. รายละเอียดการเดินทางไป-กลับในการเข้ารับการรักษาพยาบาล (ตามสภาพความเหมาะสมและจ่ายจริง)
๔. กรณีผู้ยื่นคำขอยื่นแทนผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา บุตร หรือผู้ดูแล ต้องบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนถูกต้อง

การยื่นคำขอ

๑. ยื่นคำขอรับการช่วยเหลือ ที่ อบจ.นนทบุรี โดยตรง หรือยื่นผ่านเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ในพื้นที่ของผู้ป่วย
๒. อบจ.นนทบุรี เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล รับคำขอรับการสงเคราะห์พร้อมตรวจสอบคุณสมบัติผู้ป่วยที่ยากไร้
๓. ส่งคำขอรับการสงเคราะห์ไปยังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรี

การพิจารณาให้ความช่วยเหลือ

๑. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรี ตรวจสอบข้อมูล และพิจารณาให้ความช่วยเหลือแล้ว แต่ไม่เพียงพอหรือไม่ได้รับการสงเคราะห์ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรี ส่งขอรับการสงเคราะห์มายังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรีเพื่อขอรับการช่วยเหลือ
๒. อบจ.นนทบุรี ลงพื้นที่ ตรวจสอบข้อมูล ข้อเท็จจริง จัดประชุมคณะกรรมการพิจารณาให้ความช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ และแจ้งผู้ป่วยที่ผ่านการพิจารณาตามหลักเกณฑ์ของระเบียบต่อไป

อัตราค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์

๑. จ่ายเงินช่วยเหลือเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางได้ตามที่จ่ายจริง ไม่เกินครั้งละ ๒,๐๐๐.-บาทต่อคน และไม่เกิน ๓ ครั้งต่อคน ต่อปีงบประมาณ
๒. กรณีมีความจำเป็นเกินกว่า ๓ ครั้ง ให้ขอความเห็นชอบจากผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรี เป็นรายกรณี โดยคณะกรรมการพิจารณาฯ และคณะทำงานจะดำเนินการตามความจำเป็นของผู้ป่วยที่ร้องขอต่อไป

สำหรับ เจ้าหน้าที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เท่านั้น

ครั้งที่.....ปี.....

เลขที่แบบบันทึก.....วันที่รับเรื่อง.....

การเข้ารับบริการ  Walk in  ออกหน่วยเคลื่อนที่  สำรวจ  รับจากองค์กร/หน่วยงานภายนอก.....

ชื่อ-นามสกุล ผู้สำรวจ/รับเรื่อง/สอบข้อเท็จจริง.....ตำแหน่ง.....



แบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม  
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

1. ผู้ยื่นคำร้อง / ผู้แจ้งแทน (กรณีไม่สามารถยื่นคำร้องได้ด้วยตนเอง) / ผู้ยื่นคำขอ

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

เลขที่บัตรประชาชน  กรณีไม่มีเนื่องจาก.....

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี เพศ  ชาย  หญิง

ความสัมพันธ์กับผู้ประสบปัญหา.....ระดับการศึกษาสูงสุด.....

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน.....ตรอก.....

ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ.....

e-Mail.....

2. ประวัติผู้ประสบปัญหาทางสังคม

2.1 กรณีบุคคลทั่วไป

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

เลขที่บัตรประชาชน  กรณีไม่มีเนื่องจาก.....

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี เพศ  ชาย  หญิง

เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

สถานภาพ  โสด  สมรสอยู่ด้วยกัน  สมรสแยกกันอยู่  หย่าร้าง  ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน  หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

2.2 กรณีเด็ก

คำนำหน้าชื่อ (ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....) ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขที่บัตรประชาชน  กรณีไม่มีเนื่องจาก.....

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี เพศ  ชาย  หญิง

เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

กรณีเด็ก กรอกข้อมูลเพิ่มเติม ดังนี้

บิดา ชื่อ.....นามสกุล.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี

มารดา ชื่อ.....นามสกุล.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี

ความสัมพันธ์ของผู้อุปการะเด็ก  ปู่  ย่า  ตา  ยาย  ลุง  ป้า  น้า  อา  ไม่มีความสัมพันธ์  อื่นๆ.....

สาเหตุของการอุปการะ บิดา  ทอดทิ้ง  เสียชีวิต  ต้องโทษจำคุก  อื่นๆ ระบุ.....

มารดา  ทอดทิ้ง  เสียชีวิต  ต้องโทษจำคุก  อื่นๆ ระบุ.....

5. ประเภทผู้ขอรับบริการ

- ครอบครัวของเด็ก/เด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน
- ผู้ตกทุกข์ได้ยากที่ขอให้ช่วยเหลือส่งกลับภูมิลำเนาเดิม
- ผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน
- ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยที่ประสบความเดือดร้อนหรือผู้ไร้ที่พึ่ง
- ครอบครัวคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการและประสบปัญหาความเดือดร้อน
- สตรีหรือครอบครัวที่ประสบปัญหาทางสังคม
- ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนและมีความจำเป็นในเรื่องต่างๆ
- ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง
- สตรีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีผู้อยู่ในอุปการะ
- สตรีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ไม่ได้ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะคนในครอบครัวที่ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์
- สตรีที่ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ไม่มีผู้อยู่การเลี้ยงดู
- สตรีที่สามีป่วย หรือเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะเลี้ยงดูบุคคลในครอบครัว
- ครอบครัวที่เป็นหัวหน้าครอบครัวติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีผู้อยู่ในอุปการะ
- ครอบครัวที่เป็นหัวหน้าครอบครัวไม่ได้ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์
- ครอบครัวที่หัวหน้าครอบครัวถึงแก่กรรมด้วยโรคเอดส์
- ผู้ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ไม่มีผู้อยู่การเลี้ยงดู
- ราษฎรบนพื้นที่สูง ซึ่งเป็นชาวเขาประสบปัญหาความเดือดร้อน

6. สภาวะปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

6.1 ด้านที่อยู่อาศัย

- ไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย
- ไม่มีที่อยู่อาศัย
- สภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมต่อการพักอาศัย
- เร่ร่อน

6.2 ด้านสุขภาพอนามัย

- ติดเชื้อเอดส์ (HIV)/ ป่วยด้วยโรคเอดส์
- ป่วยเป็นโรคร้ายแรง
- ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน
- ผู้ป่วยทางจิต
- หลงลืมชราภาพ
- ได้รับผลกระทบจากเชื้อเอดส์/ป่วยด้วยโรคเอดส์
- เจ็บป่วยเรื้อรัง
- ขาดแคลนกายอุปกรณ์/ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ
- ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ติดยาเสพติด
- โรคซึมเศร้า
- อื่นๆ ระบุ.....

6.3 ด้านการศึกษา

- ขาดโอกาสทางการศึกษา
- ไม่มีทุนการศึกษา

6.4 ด้านการมีงานทำ และมีรายได้

- ขอดาน
- ถูกเลิกจ้าง/ว่างงาน
- ไม่มีการออม
- ไม่มีรายได้
- ไม่มีที่ดินทำกิน
- ขาดทักษะในการประกอบอาชีพ
- ถูกนายจ้างเอารัดเอาเปรียบ
- ไม่มีงานทำ
- ไม่มีอาชีพ
- รายได้ไม่แน่นอน
- รายได้ไม่พอใช้จ่าย
- มีหนี้สิน
- ไม่มีทุนประกอบอาชีพ
- ยากจน/ไร้ที่พึ่ง
- อื่นๆ ระบุ.....

7. เรื่องขอรับความช่วยเหลือที่ต้องการ	
<b>7.1 ด้านเงิน (ใส่จำนวนเงินด้วย)</b> <input type="checkbox"/> .....ค่าเลี้ยงดู ค่าพาหนะ สำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน <input type="checkbox"/> .....เกี่ยวกับการศึกษาสำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน <input type="checkbox"/> .....เงินทุนประกอบอาชีพ สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน <input type="checkbox"/> .....ค่ารักษาพยาบาล สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน <input type="checkbox"/> .....ค่ากายอุปกรณ์แก่เด็กพิการและทุพพลภาพ <input type="checkbox"/> .....อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยป้องกันและแก้ไขความพิการของเด็ก <input type="checkbox"/> .....ค่าใช้จ่ายในการส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม <input type="checkbox"/> .....ค่าอาหารระหว่างรอรับการสงเคราะห์ และระหว่างเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิม <input type="checkbox"/> .....ค่าพาหนะส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม <input type="checkbox"/> .....ค่าเช่าที่พักของผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม <input type="checkbox"/> .....ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระหว่างรอรับการสงเคราะห์ ระหว่างการเดินทางเพื่อรับการสงเคราะห์หรือกลับภูมิลำเนาเดิม <input type="checkbox"/> .....เงินอุดหนุนเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน <input type="checkbox"/> .....ค่าเครื่องอุปโภคบริโภค <input type="checkbox"/> .....ค่าใช้จ่ายในการครองชีพตามความจำเป็น <input type="checkbox"/> .....ค่ารักษาพยาบาล เช่น ค่ายา ค่าอุปกรณ์การรักษา ค่าอาหารที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของทางราชการสั่งรวมถึงค่าพาหนะ ค่าอาหาร ระหว่างติดต่อรักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> .....ค่าซ่อมแซมที่อยู่อาศัย <input type="checkbox"/> .....เงินทุนประกอบอาชีพ <input type="checkbox"/> .....เงินทุนประกอบอาชีพ รวมถึงการรวมกลุ่ม <input type="checkbox"/> .....ค่าอาหาร <input type="checkbox"/> .....ค่าเครื่องนุ่งห่ม <input type="checkbox"/> .....ค่าพาหนะเดินทาง ค่าอาหาร ค่าเครื่องนุ่งห่ม หรือค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้น แก่ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง <input type="checkbox"/> .....เงินทุนประกอบอาชีพแก่สตรีที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว <input type="checkbox"/> .....ค่าวัสดุที่ปักชำครว <input type="checkbox"/> .....อื่นๆ ระบุ .....	<b>บัญชีท้ายระเบียบาลำดับที่</b>  1  1  1  1  1  1  2  2  2  2  3  4,5,6,9,11  4,5,6,9,11  4,5,6,9,11  4,5,6,9,11  4,5,6,9,11  9,10,11
<b>7.2 ด้านสิ่งของ (ใส่จำนวน ชนิด รายการ ของสิ่งของด้วย)</b> <input type="checkbox"/> ..... เครื่องอุปโภคและบริโภค เช่น มุ้ง ผ้าห่มนอน แป้ง นม <input type="checkbox"/> ..... อุปกรณ์การศึกษา <input type="checkbox"/> ..... อาหาร <input type="checkbox"/> ..... เครื่องนุ่งห่ม <input type="checkbox"/> ..... นมผงสำหรับเด็ก <input type="checkbox"/> ..... ยารักษาโรค <input type="checkbox"/> ..... อื่นๆ ระบุ .....	
<b>7.3 ความช่วยเหลืออื่นๆ</b> <input type="checkbox"/> .....ส่งไปทำกายภาพบำบัด <input type="checkbox"/> ..... ส่งเข้ารับการรักษา/บำบัด <input type="checkbox"/> ..... ติดตามหาญาติ <input type="checkbox"/> .....เข้ารับบริการในศูนย์บริการผู้สูงอายุ หรืออยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์คนชรา หรือสถานที่อื่นที่เหมาะสม <input type="checkbox"/> .....แยกผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรมไปพักอาศัยในสถานที่อื่นซึ่งมีความปลอดภัย <input type="checkbox"/> .....นำผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพกาย สุขภาพจิต <input type="checkbox"/> .....แจ้งความต่อพนักงานสอบสวนเพื่อดำเนินคดีต่อผู้กระทำความผิดทารุณกรรม <input type="checkbox"/> .....ให้คำแนะนำแก่ครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอยู่ด้วย เพื่อให้ทำความเข้าใจให้สามารถดูแลผู้สูงอายุมิให้ถูกทารุณกรรมอีก <input type="checkbox"/> .....ให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับคดีและเรื่องสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ <input type="checkbox"/> .....ให้การฟื้นฟูสภาพร่างกาย สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ให้กลับไปสู่สภาวะปกติ และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย <input type="checkbox"/> .....ส่งกลับภูมิลำเนาเดิม <input type="checkbox"/> .....อื่นๆ ระบุ .....	





**ผลการเยี่ยมบ้าน**

**ตรวจเยี่ยม**

เจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยม ชื่อ - สกุล .....ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน .....

ชื่อ - สกุล ของผู้ประสบปัญหาทางสังคม.....

บ้านเลขที่.....

**สภาพที่อยู่อาศัย**

.....  
.....  
.....  
.....

**สภาพปัญหาความเดือดร้อน**

.....  
.....  
.....  
.....

**ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมบ้าน**

.....  
.....  
.....  
.....

ลงชื่อ.....ผู้เยี่ยมบ้าน

(.....)

ตำแหน่ง .....

ลงวันที่.....(ว.ด.ป.ที่เยี่ยมบ้าน)

หมายเหตุ : ผู้เยี่ยมบ้าน หมายถึง เจ้าหน้าที่กระทรวง พม.หรือเจ้าหน้าที่หน่วยบริการในพื้นที่หรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายหรือได้รับคำขอนี้ หรืออาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.)