



ที่ นพ ๕๓๕๐๑/๖๖๑๕

สำนักงานเทศบาลตำบลนาหนาด
อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ๔๘๑๑๐

๗ สิงหาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธมิตรพร้อมสำรวจคนพิการในพื้นที่ที่ประสบปัญหาทางสังคมเพื่อขอรับการสงเคราะห์ช่วยเหลือ

เรียน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ทุกหมู่บ้าน

อ้างถึง สำเนาหนังสือ พมจ. ที่ นพ ๐๐๐๕ / ว ๒๑๑๒ ลงวันที่ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๖๗

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบคำขอรับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครพนม ขอความร่วมมือสำรวจคนพิการในพื้นที่ที่มีคุณลักษณะเหมาะสมตามหลักเกณฑ์ ประสบปัญหาเดือดร้อน ครอบครัวที่มีฐานะยากจน คนพิการมีสถานะเป็นหัวหน้าครอบครัวที่มีสภาพความพิการส่งผลกระทบต่อหารายได้ของครอบครัว ครอบครัวประสบปัญหาอยู่ในภาวะยากลำบากต้องดูแลคนพิการที่มีภาวะนอนติดเตียงช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ คนพิการอยู่ในภาวะไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ขาดรายได้จุนเจือครอบครัว ตลอดจนคนพิการมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปพบแพทย์เป็นประจำ มีความเดือดร้อนและมีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาสภาพปัญหา นั้น

ในการนี้ เทศบาลตำบลนาหนาด จึงขอความร่วมมือท่านประชาสัมพันธมิตรพร้อมสำรวจคนพิการที่ประสบปัญหาทางสังคมเพื่อขอรับการสงเคราะห์ช่วยเหลือ ทั้งนี้ขอความกรุณาส่งแบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม ภายในวันศุกร์ที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๗ ที่งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดเทศบาลตำบลนาหนาด เพื่อจกัรวบรวมนำส่งให้ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดนครพนมพิจารณาดำเนินการต่อไป รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อประชาสัมพันธมิตรให้ทราบโดยทั่วกัน

ขอแสดงความนับถือ

(นายวีรวัฒน์ ยี่สารพัฒน์)

นายกเทศมนตรีตำบลนาหนาด

สำนักงานปลัด เทศบาลตำบลนาหนาด

โทร. ๐ ๔๒๐๕ ๘๐๒๘

โทรสาร. ๐ ๔๒๐๕ ๘๐๒๘

สำหรับ เจ้าหน้าที่ที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 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./ต.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
- สตรีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ติดเชืหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีผู้อยู่ในอุปการะ
- สตรีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ไม่ได้ติดเชืหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะคนในครอบครัวที่ติดเชืหรือป่วยด้วยโรคเอดส์
- สตรีที่ติดเชืหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ไม่มีผู้อยู่การะเลี้ยงดู
- สตรีที่สามีป่วย หรือเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะเลี้ยงดูบุคคลในครอบครัว
- ครอบครัวที่เป็นหัวหน้าครอบครัวติดเชืหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีผู้อยู่ในอุปการะ
- ครอบครัวที่เป็นหัวหน้าครอบครัวไม่ได้ติดเชืหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชืหรือป่วยด้วยโรคเอดส์
- ครอบครัวที่หัวหน้าครอบครัวถึงแก่กรรมด้วยโรคเอดส์
- ผู้ติดเชืหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ไม่มีผู้อยู่การะเลี้ยงดู
- ราษฎรบนพื้นที่สูง ซึ่งเป็นชาวเขาประสบปัญหาความเดือดร้อน

6. สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

6.1 ด้านที่อยู่อาศัย

- ไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย
- ไม่มีที่อยู่อาศัย
- สภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมต่อการพักอาศัย
- เร่ร่อน

6.2 ด้านสุขภาพอนามัย

- ติดเชืเอดส์ (HIV)/ ป่วยด้วยโรคเอดส์
- ป่วยเป็นโรคร้ายแรง
- ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน
- ผู้ป่วยทางจิต
- หลงลืมซราภาพ
- ได้รับผลกระทบจากเชืเอดส์/ป่วยด้วยโรคเอดส์
- เจ็บป่วยเรื้อรัง
- ขาดแคลนกายอุปกรณ์/ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ
- ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ดิทยาเสพติด
- 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

7.1 ด้านเงิน (ใส่จำนวนเงินด้วย)

-ค่าเลี้ยงดู ค่าพาหนะ สำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน
-เกี่ยวกับการศึกษาสำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน
-เงินทุนประกอบอาชีพ สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน
-ค่ารักษาพยาบาล สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน
-ค่ากายอุปกรณ์แก่เด็กพิการและทุพพลภาพ
-อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยป้องกันและแก้ไขความพิการของเด็ก
-ค่าใช้จ่ายในการส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม
-ค่าอาหารระหว่างรอรับการสงเคราะห์ และระหว่างเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิม
-ค่าพาหนะส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม
-ค่าเช่าที่พักของผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม
-ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระหว่างรอรับการสงเคราะห์ ระหว่างการเดินทางเพื่อรับการสงเคราะห์หรือกลับภูมิลำเนาเดิม
-เงินอุดหนุนเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน
-ค่าเครื่องอุปโภคบริโภค
-ค่าใช้จ่ายในการครองชีพตามความจำเป็น
-ค่ารักษาพยาบาล เช่น ค่ายา ค่าอุปกรณ์การรักษา ค่าอาหารที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของทางราชการรวมถึงค่าพาหนะ ค่าอาหาร ระหว่างติดต่อรักษาพยาบาล
-ค่าซ่อมแซมที่อยู่อาศัย
-เงินทุนประกอบอาชีพ
-เงินทุนประกอบอาชีพ รวมถึงการรวมกลุ่ม
-ค่าอาหาร
-ค่าเครื่องนุ่งห่ม
-ค่าพาหนะเดินทาง ค่าอาหาร ค่าเครื่องนุ่งห่ม หรือค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง
-เงินทุนประกอบอาชีพแก่สตรีที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว
-ค่าวัสดุที่ปักข้าวคราว
-อื่นๆ ระบุ

**บัญชีท้ายระเบียบบ
ลำดับที่**

- 1
- 1
- 1
- 1
- 1
- 1
- 2
- 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
- 9,10,11
- 4,5,6
- 7
- 7
- 7
- 8
- 10
- 11
- 1-11

7.2 ด้านสิ่งของ (ใส่จำนวน ชนิด รายการ ของสิ่งของด้วย)

- เครื่องอุปโภคและบริโภค เช่น มุ้ง ผ้าห่มนอน แป้ง นม
- อุปกรณ์การศึกษา อาหาร เครื่องนุ่งห่ม นมผงสำหรับเด็ก ยารักษาโรค
- อื่นๆ ระบุ

7.3 ความช่วยเหลืออื่นๆ

-ส่งไปทำกายภาพบำบัด ส่งเข้ารับการรักษา/บำบัด ติดตามหาญาติ
-เข้ารับบริการในศูนย์บริการผู้สูงอายุ หรืออยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์คนชรา หรือสถานที่อื่นที่เหมาะสม
-แยกผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรมไปพักอาศัยในสถานที่อื่นซึ่งมีความปลอดภัย
-นำผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพกาย สุขภาพจิต
-แจ้งความต่อพนักงานสอบสวนเพื่อดำเนินคดีต่อผู้กระทำความผิดทารุณกรรม
-ให้คำแนะนำแก่ครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอยู่ด้วย เพื่อทำความเข้าใจให้สามารถดูแลผู้สูงอายุมิให้ถูกทารุณกรรมอีก
-ให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับคดีและเรื่องสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ
-ให้การฟื้นฟูสภาพร่างกาย สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ให้กลับไปสู่สภาวะปกติ และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย
-ส่งกลับภูมิลำเนาเดิม
-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.)

รายละเอียดสำหรับการจ่ายเงิน เท่านั้น

1. รับผิดชอบเอง/มอบอำนาจรับแทน

เงินสด เช็ค เลขที่.....ธนาคาร.....

หากมีการรับแทนโปรดระบุ เลขที่บัตรประชาชน ----

ชื่อ - นามสกุล.....ผู้รับแทน

เบอร์โทรติดต่อ.....

2. โอนเข้าบัญชีธนาคาร โอนเข้าบัญชี พร้อมเพย์ (Prompt Pay) KTB Corporate Online e-Payment

ชื่อ - นามสกุล ผู้รับเงิน.....

เลขที่บัตรประชาชน ---- เบอร์โทรศัพท์.....

เลขที่บัญชี.....ชื่อบัญชี.....

ธนาคาร.....สาขา.....

รายละเอียดสำหรับการรับสิ่งของ

รับผิดชอบเอง

ผู้รับแทน เลขที่บัตรประชาชน ----

ชื่อ-นามสกุล.....

ประสานส่งต่อไปยังหน่วยงาน ชื่อหน่วยงาน..... จังหวัด.....

..... ส่งไปทำกายภาพบำบัด ส่งเข้ารับการรักษา/บำบัด ส่งเข้าสถานสงเคราะห์/สถานคุ้มครอง

..... ขอบุตรบุญธรรม/ครอบครัวอุปถัมภ์ ส่งเข้าฝึกอบรม/อาชีพ จัดหาอาชีพ

..... อื่นๆ ระบุ.....

ช่วยเหลือด้านอื่นๆ

..... ให้คำปรึกษา/แนะนำ ช่วยเหลือทางด้านกฎหมาย/คุ้มครองสิทธิ์ ติดตามหาญาติ

..... ที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน อื่นๆ ระบุ.....

..... ระบุข้อความช่วยเหลือ เนื่องจาก.....

การบูรณาการความช่วยเหลือร่วมกับหน่วยอื่น

หน่วยงานภายใน พม.

ดย. หน่วยงาน..... เงิน..... สิ่งของ ระบุ..... อื่นๆ ระบุ.....

พก. หน่วยงาน..... เงิน..... สิ่งของ ระบุ..... อื่นๆ ระบุ.....

พส. หน่วยงาน..... เงิน..... สิ่งของ ระบุ..... อื่นๆ ระบุ.....

ผส. หน่วยงาน..... เงิน..... สิ่งของ ระบุ..... อื่นๆ ระบุ.....

สค. หน่วยงาน..... เงิน..... สิ่งของ ระบุ..... อื่นๆ ระบุ.....

กคช. หน่วยงาน..... เงิน..... สิ่งของ ระบุ..... อื่นๆ ระบุ.....

พอช. หน่วยงาน..... เงิน..... สิ่งของ ระบุ..... อื่นๆ ระบุ.....

หน่วยงาน/องค์กร ภายนอก

เหล่ากาชาดอำเภอ/จังหวัด..... เงิน..... สิ่งของ ระบุ.....

อบต./เทศบาล/อำเภอ..... เงิน..... อื่นๆ ระบุ.....

มูลนิธิ/องค์กร/เครือข่าย..... เงิน..... อื่นๆ ระบุ.....

หน่วยงานรัฐในพื้นที่ ระบุ..... เงิน..... อื่นๆ ระบุ.....

สำนักงานองคมนตรี..... เงิน..... อื่นๆ ระบุ.....

เงินบริจาค/ช่วยเหลือจากบุคคลทั่วไป จำนวน.....บาท

เลขที่.....

แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครพนม

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□

หน่วยงาน.....สังกัดกรม.....กระทรวง.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/เขต.....

อำเภอ/แขวง.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทร.....

ขอรับเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารมา
เพื่อเป็นหลักฐานด้วยแล้ว

- กรณีเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ ที่สังกัดส่วนราชการผู้จ่าย
 - เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ใช้สำหรับรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน
- บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
- ประเภท.....เลขที่บัญชีธนาคาร.....

- กรณีเป็นบุคคลภายนอกเพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

ประเภท.....เลขที่บัญชีธนาคาร.....

และเมื่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครพนม โอนผ่านระบบ KTB Corporate Online แล้ว

ให้ส่งข้อมูลการโอนผ่านช่องทาง

- ข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ (SMS) ที่เบอร์โทรศัพท์.....
- จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ตาม e-mail address.....

ลงชื่อ.....ผู้มีสิทธิรับเงิน
(.....)

หมายเหตุ : เลขที่ของแบบแจ้งข้อมูลการรับเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online ให้ระบุหมายเลขกำกับ
เรียงกันไปทุกฉบับ เพื่อประโยชน์ในการจัดทำทะเบียนคุมการโอน

หลักฐานประกอบการยื่นขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม (คนพิการ)

กรณีที่ 1 : คนพิการยื่นด้วยตนเอง (คนพิการมีสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารเป็นของตนเอง)

โปรดแนบ

- 1 สำเนาประจำตัวประชาชน ของคนพิการ (ที่ยังไม่หมดอายุ) 1 ฉบับ
- 2 สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ (ที่ยังไม่หมดอายุ) 1 ฉบับ
- 3 สำเนาทะเบียนบ้าน ของคนพิการ 1 ฉบับ
- 4 สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ที่ยังมีการเคลื่อนไหวไม่ถูกระงับ สามารถใช้แนบได้ทุกธนาคาร ทุกสาขา) 1 ฉบับ
- 5 ภาพถ่าย
 - 5.1 ภาพถ่ายภายนอกที่อยู่อาศัย (เต็มหลัง) 2 ภาพ
 - 5.2 ภาพถ่ายภายในที่อยู่อาศัย 4 ภาพ
 - 5.3 ภาพถ่ายคนพิการเต็มตัว 2 ภาพ
 - 5.4 ภาพถ่ายขณะเจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมบ้านกำลังสัมภาษณ์ 4 ภาพ

กรณีที่ 2 : คนพิการยื่นด้วยตนเอง (คนพิการมีสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารเปิดร่วมกับบุคคลอื่น)

โปรดแนบ

- 1 สำเนาประจำตัวประชาชน ของคนพิการ (ที่ยังไม่หมดอายุ) 1 ฉบับ
- 2 สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ (ที่ยังไม่หมดอายุ) 1 ฉบับ
- 3 สำเนาทะเบียนบ้าน ของคนพิการ 1 ฉบับ
- 4 สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ที่ยังมีการเคลื่อนไหวไม่ถูกระงับ สามารถใช้แนบได้ทุกธนาคาร ทุกสาขา) 1 ฉบับ
- 5 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ที่ยังไม่หมดอายุ) ของผู้ที่มีรายชื่อเปิดบัญชีธนาคารร่วมกัน 1 ฉบับ
- 6 สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ที่มีรายชื่อเปิดบัญชีธนาคารร่วมกัน 1 ฉบับ
- 7 ภาพถ่าย
 - 7.1 ภาพถ่ายภายนอกที่อยู่อาศัย (เต็มหลัง) 2 ภาพ
 - 7.2 ภาพถ่ายภายในที่อยู่อาศัย 4 ภาพ
 - 7.3 ภาพถ่ายคนพิการเต็มตัว 2 ภาพ
 - 7.4 ภาพถ่ายขณะเจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมบ้านกำลังสัมภาษณ์ 4 ภาพ

กรณีที่ 3 : ผู้ดูแลยื่นแทนคนพิการ (คนพิการไม่มีสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารเป็นของตนเอง)

โปรดแนบ

- 1 สำเนาประจำตัวประชาชน ของคนพิการ (ที่ยังไม่หมดอายุ) 1 ฉบับ
- 2 สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ (ที่ยังไม่หมดอายุ) 1 ฉบับ
- 3 สำเนาทะเบียนบ้าน ของคนพิการ 1 ฉบับ
- 4 หนังสือมอบอำนาจขอรับเงินสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ผ่านระบบ KTB Corporate Online 1 ฉบับ
- 5 สำเนาประจำตัวประชาชน ของผู้ดูแลที่ยื่นแทนคนพิการ (ที่ยังไม่หมดอายุ) 1 ฉบับ
- 6 สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ดูแลที่ยื่นแทนคนพิการ 1 ฉบับ
- 7 สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ของผู้ดูแลที่ยื่นแทนคนพิการ 1 ฉบับ
- 8 ภาพถ่าย
 - 8.1 ภาพถ่ายภายนอกที่อยู่อาศัย (เต็มหลัง) 2 ภาพ
 - 8.2 ภาพถ่ายภายในที่อยู่อาศัย 4 ภาพ
 - 8.3 ภาพถ่ายคนพิการเต็มตัว 2 ภาพ
 - 8.4 ภาพถ่ายขณะเจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมบ้านกำลังสัมภาษณ์ 4 ภาพ

(*** กรณีคนพิการหรือผู้ดูแลไม่สามารถลงนามรับรองสำเนาได้ โปรดให้คนพิการหรือผู้ดูแลประทับลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือ พร้อมลงลายมือชื่อรับรองลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือโดย จนท.เยี่ยมบ้าน***) สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม โทร. 0 4251 1530