

วัน/เดือน/ปีรับแจ้ง.....

ช่องทางการรับแจ้ง ☐ ติดต่อด้วยตนเอง ☐ สำรวจ ☐ ข้อมูลจากส่วนราชการอื่น ๆ ระบุ.....

☐ พลเมืองดี ชื่อ-สกุล.....เบอร์โทร.....

ประเภทกลุ่มเป้าหมาย ☐ ผู้ด้อยโอกาส/ผู้มีรายได้น้อย ☐ คนพิการ ☐ ผู้สูงอายุ ☐ อื่น ๆ



แบบบันทึกการสอบข้อเท็จจริงผู้ประสบปัญหาทางสังคมเบื้องต้น (Social Work Intake Form)

ข้อมูลการรับแจ้งขอรับความช่วยเหลือ

ข้อมูลผู้ให้บริการ

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

เลขประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐ กรณีไม่มีเนื่องจาก.....

สถานภาพการสมรส () โสด () สมรส () สมรสแยกกันอยู่ () อยู่ด้วยกันโดยไม่สมรส () หม้าย

() หย่าร้าง

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

อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....รายได้ต่อเดือน.....บาท

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

กรณีไม่ทราบรายละเอียดบุคคล (ระบุข้อมูลที่รับแจ้ง).....

บ้านเลขที่/สถานที่เกิดเหตุ.....

การลงพื้นที่ตรวจสอบข้อเท็จจริงเบื้องต้น วัน/เดือน/ปีที่เยี่ยมบ้าน.....

กรณีที่ไม่ได้รับแจ้งข้อมูลบุคคล ชื่อ-สกุล (ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว).....

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....

รายได้ต่อเดือน.....บาท เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

ข้อมูลที่อยู่อาศัย

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ซอย.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ แตกต่างจากทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ซอย.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

สภาพที่อยู่อาศัย ☐ บ้านตนเอง ☐ บ้านเช่า เดือนละ.....บาท ☐ เช่าที่ดินอยู่อาศัย ระบุ.....

☐ อาศัยอยู่กับผู้อื่น ระบุ..... ☐ ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง

ค่าน้ำ.....บาทต่อเดือน ค่าไฟฟ้า.....บาทต่อเดือน

สภาพบ้านที่อยู่อาศัย.....

รายได้รวมในครอบครัวเฉลี่ย.....บาท/เดือน หนี้สิน.....บาท

บุคคลอื่นที่สามารถติดต่อได้

ชื่อ-สกุล (ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว).....

ความสัมพันธ์.....เบอร์โทรศัพท์.....

ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยกัน จำนวน.....คน

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ	ความสัมพันธ์	การศึกษา	อาชีพ/รายได้	สวัสดิการที่ได้รับ	สุขภาพ

สภาพปัญหา/ความเดือดร้อน

.....

.....

.....

.....

.....

แนวทางการให้ความช่วยเหลือ/แผนการดำเนินการ (ระบุหน่วยงานที่ต้องประสาน หากมี)

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้บริการ ลงชื่อ.....หน่วยงานที่แจ้ง ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
 (.....) (.....) (.....)
 วันที่..... วันที่..... วันที่.....

ความเห็นนักสังคมสงเคราะห์

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....นักสังคมสงเคราะห์
 (.....)
 วันที่.....