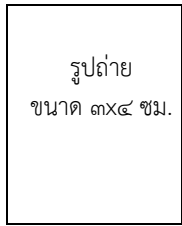


คำร้องขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วย (สค. ๑)



- เลขที่รับ.....วัน/เดือน/ปี.....
- สถานที่รับคำร้อง.....
๑. ชื่อ.....อายุ.....ปี
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....
- เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ----
- กรณีไม่มีบัตรประจำตัวประชาชนเนื่องจาก.....
- หลักฐานอย่างอื่น ระบุ.....
๒. สถานภาพการสมรส โสด คู่ หม้าย หย่า แยก
ชื่อคู่สมรส เป็นโรคเรื้อน ไม่เป็นโรคเรื้อน
๓. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....
๔. ที่อยู่ที่ต้องการให้ติดต่อ.....เบอร์โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....
๕. การศึกษาจบชั้น.....ความรู้ความชำนาญอื่นๆ.....
๖. อาชีพ..... ไม่ได้ประกอบอาชีพ อาชีพประจำ อาชีพไม่แน่นอน
สถานที่ทำงาน / ที่ตั้ง
รายได้ต่อวัน / เดือนบาท รายจ่ายต่อวัน / เดือน.....บาท
๗. บ้านที่อยู่อาศัย เป็นบ้านของตนเอง อาศัย
 เช่า / เช่า ค่าเช่าเดือนละ.....บาท
 ไม่มี / อาศัยผู้อื่นอยู่ไม่ได้ ลักษณะอื่น ๆ
๘. ผู้ร้องมีสิ่งเหล่านี้หรือไม่ พัดลม / เครื่องปรับอากาศ จักรยานยนต์ / รถยนต์ โทรทัศน์
 ที่ดิน อื่น ๆ ระบุ.....
๙. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน (เฉพาะที่อยู่ร่วมอาศัยกันจริง ไม่รวมตนเอง)

ที่	คำนำหน้า ชื่อ - สกุล	เพศ	ว/ด/ป เกิด	เกี่ยวข้องเป็น ผู้ได้รับความ เดือดร้อน	ศาสนา	การศึกษา	อาชีพ	รายได้ (บาท/ปี)	สุขภาพ	เป็นโรคเรื้อน /ไม่เป็นโรคเรื้อน
๑	----- <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"/>									
๒	----- <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"/>									
๓	----- <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"/>									
๔	----- <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"/>									

๑๐. จำนวนบุตรคน อายุต่ำสุดปี สูงสุด.....ปี
๑๑. จำนวนผู้ที่อุปการะ.....คน อายุต่ำสุดปี สูงสุด.....ปี

๑๒. ปัญหาความเดือดร้อน

๑๓. ความต้องการ

- รับการสงเคราะห์ในสถานโรคเรื้อน (ระบุ)
- โดยพักอาศัยอยู่กับผู้ป่วยของ สรปส. / นิคมดังกล่าวข้างต้น ชื่อ
- ซึ่งยินยอมให้ข้าพเจ้าพักอาศัยอยู่ด้วยได้ โดยลงชื่อให้ความยินยอมไว้เป็นหลักฐาน ดังนี้

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม
(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.

- รับการสงเคราะห์อยู่ในชุมชน โดยอยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่.....
- ชื่อหมู่บ้าน.....ถนน.....ตำบล.....
- เขต / อำเภอจังหวัด.....

๑๔. ขณะนี้ ไม่ได้รับเงินสงเคราะห์จากหน่วยงานราชการใดๆ เช่น เบี้ยเลี้ยง เงินค่าอาหาร และเงินสงเคราะห์เพื่อยังชีพผู้ป่วยโรคเรื้อนจากกรมควบคุมโรค

- ได้รับเงินสงเคราะห์จากหน่วยงานราชการ ดังนี้
- เงินสงเคราะห์เบี่ยยังชีพคนชรา จำนวน.....บาท ได้รับจากหน่วยงาน.....
- เงินสงเคราะห์เบี่ยยังชีพผู้พิการ จำนวน.....บาท ได้รับจากหน่วยงาน.....
- เงินสงเคราะห์เบี่ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ จำนวน.....บาท ได้รับจากหน่วยงาน.....
- อื่น ๆได้รับจากหน่วยงาน.....

ข้าพเจ้ายินยอมที่จะสละสิทธิ์การรับเงินสงเคราะห์ดังกล่าวข้างต้น เมื่อได้รับการสงเคราะห์ตามระเบียบกรมควบคุมโรคว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ป่วยพิการจากโรคเรื้อน พ.ศ. ๒๕๕๗ เว้นแต่ กรณีที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับทราบว่าการจ่ายเงินสงเคราะห์ค่าอาหารและค่าครองชีพรายเดือนตามระเบียบนี้แล้ว และประสงค์ที่จะจ่ายเงินสงเคราะห์ตามกฎหมายและระเบียบที่หน่วยงานนั้นรับผิดชอบอีก

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม
(.....)

๑๕. ความเห็นของเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....
(.....)

(ตำแหน่ง).....

วันที่/...../.....

.....ส่วนนี้ให้ผู้ร้องขอ.....

ใบรับคำร้อง

เลขที่รับ.....

ชื่อผู้ร้อง.....

หน่วยงานที่รับ..... โทรศัพท์.....

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับคำร้อง..... วัน/เดือน/ปี.....

หลักฐานที่ต้องนำไปในวันพิจารณาคัดเลือก

๑. รูปถ่ายหน้าตรงขนาด ๓ x ๔ ซม. ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม จำนวน ๑ รูป
๒. รูปถ่ายเต็มตัว ๓ x ๕ รูปสภาพบ้าน
๓. บัตรประจำตัวประชาชน
๔. สำเนาทะเบียนบ้านหรือสูติบัตร หรือใบทหารกองเกิน หรือสำเนาใบสุทธิหรือใบประกาศนียบัตรหรือใบปริญญาบัตร

หมายเหตุ ใบคำร้องขอนี้เป็นการรับเรื่องไว้ เพื่อพิจารณาดำเนินการตามความเหมาะสม หากผู้ร้องขอ
ไม่ได้รับการติดต่อกลับภายใน ๖ เดือน ขอให้สอบถามได้ที่สถาบันราชประชาสมาสัย
ซอยสถาบันบำราศนราดูร อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทร. ๐ ๒๕๙๐ ๓๑๕๓ , ๐ ๒๕๘๘ ๓๗๒๐ - ๓
หรือ สถานที่ที่ผู้ร้องขอได้ยื่นคำร้องไว้