

แบบคำขอรับการสงเคราะห์ (ผู้ป่วยเอดส์)

ลำดับที่/.....

วันที่..... เดือน พ.ศ.

เรียน

ด้วย (นาย/นาง/นางสาว).....(ผู้ป่วยเอดส์)

เลขประจำตัวประชาชน เกิดวันที่ เดือน

พ.ศ. อายุ ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่ ถนน ตรอก/ซอย

..... หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด

.....รหัสไปรษณีย์ ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อ

การยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติมดังนี้

1. ที่พักอาศัย

() เป็นของตนเองและมีลักษณะ () ขำรุดทรุดโทรมมาก () ขำรุดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวรดี

() เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทางสามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

3. การพักอาศัย

() อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก..... มาประมาณ

() พักอาศัยกับรวม.....คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวนคน

มีรายได้รวมบาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

.....

4. รายได้-รายจ่าย

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ (นาย/นาง/นางสาว)สถานที่ติดต่อเลขที่.....
..... ถนน.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
โทรสาร.....เกี่ยวข้องกับ.....

5. ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

() เป็นเงินสด

() โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

เลขที่บัญชี.....

6. ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยตัวเพื่อขอรับการสงเคราะห์และยินยอมให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูล
ส่วนบุคคลของข้าพเจ้าในการปฏิบัติหน้าที่ได้ตามเห็นสมควร

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ให้ถ้อยคำ
(.....)