



## แบบขอรับการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยติดเตียงหรือโรคเรื้อรัง

### มูลนิธิอาจารย์จำเนียร สารณะนาค

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

เรื่อง ขอรับการช่วยเหลือโครงการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยติดเตียงหรือโรคเรื้อรัง

เรียน ประธานกรรมการมูลนิธิอาจารย์จำเนียร สารณะนาค

#### ส่วนที่ 1 : ข้อมูลผู้เจ็บป่วย

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่..... ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
โทรศัพท์ (มือถือ) ..... โทรศัพท์ (บ้าน) .....  
บุคคลที่สามารถติดต่อแทนในกรณีที่ไม่สามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....  
นามสกุล.....โทรศัพท์ (มือถือ).....

2. สาเหตุของการเกิดเจ็บป่วยของข้าพเจ้า .....  
ตั้งแต่ปี พ.ศ. .... ถึงปี พ.ศ. ....

3. ลักษณะและอาการเจ็บป่วยของข้าพเจ้าในปัจจุบัน ได้แก่

3.1 .....  
3.2 .....

4. การช่วยเหลือตนเองของข้าพเจ้าในปัจจุบัน

ช่วยเหลือตนเองได้ .....  ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง .....  ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย

5. ผู้ดูแล/ผู้ให้การช่วยเหลือข้าพเจ้าในปัจจุบัน ได้แก่

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
โทรศัพท์ (มือถือ) ..... โทรศัพท์ (บ้าน) .....

อาชีพ .....

ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า สามี ภรรยา บุตร อื่นๆ (ระบุ) .....

ได้รับค่าจ้างเดือนๆ ละ ..... บาท ไม่ได้รับค่าจ้าง.....  อื่นๆ (ระบุ).....

6. ปัจจุบันข้าพเจ้ามีรายได้ ดังนี้

6.1 .....6.2 .....

6.3 .....6.4.....

6.5 .....

7. ปัจจุบันข้าพเจ้ามีรายจ่ายที่จำเป็นโดยแยกเป็นรายเดือน ดังนี้

7.1 .....7.2.....

7.3 .....7.4.....

7.5 .....

8. ปัจจุบันข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานหรือองค์กรใดบ้าง (ถ้ามี)

8.1 ..... เป็นจำนวนเงิน..... บาท/เดือน/ปี

8.2 ..... เป็นจำนวนเงิน..... บาท/เดือน/ปี

8.3 ..... เป็นจำนวนเงิน..... บาท/เดือน/ปี

9. ผู้ข้าพเจ้าต้องการขอรับการช่วยเหลือจากมูลนิธิอาจารย์จำเนียร สารระนาด ดังนี้

9.1  การช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยติดเตียง 9.2  การช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยโรคร้ายแรง

**ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ**

(ลงชื่อ) ..... ผู้เจ็บป่วย

(.....)

(ลงชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ/ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

ในฐานะ สามี ภรรยา บุตร/ธิดา  อื่นๆ (ระบุ) .....

- หมายเหตุ : 1. ให้ผู้ขอรับการช่วยเหลือแนบภาพถ่ายสำเนาบัตรประชาชนพร้อมการรับรองและหลักฐานการรักษาพยาบาลอาการเจ็บป่วยรวมทั้งภาพถ่ายของผู้เจ็บป่วยมาด้วย
2. ผู้ให้ข้อมูลหมายถึงใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเขียนหรือกรอกข้อมูลได้ด้วยตนเองเท่านั้น
3. สำเนาสมุดหน้าบัญชีธนาคาร ธ.ก.ส.พร้อมการรับรอง

ส่วนที่ 2 ความเห็นของ ฅ.ก.ส. สาขา/หรือ สนจ.ฅ.ก.ส.ในพื้นที่ที่ผู้เจ็บป่วยอยู่อาศัย

ขอรับรองว่า .....

.....

(ลงชื่อ) .....

( ..... )

ตำแหน่ง .....

หมายเหตุ : 1. ขอให้ผู้ขอรับการช่วยเหลือกรอกข้อมูลลงในส่วนที่ 1 ตั้งแต่ ข้อ 1-9 ให้ครบถ้วน

2. โปรดส่งกลับ มูลนิธิอาจารย์จำเนียร สารระนาด (ฅ.ก.ส.อาคารประชาชน)

ที่อยู่ 48/8 หมู่ 18 ซอยเสริมสุข ถนนประชาชน แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กทม. 10900

โทรศัพท์ 02-5872967 WAN 4586-4588 โทรสาร 02-5872965 E-mail : [ciardbaac@gmail.com](mailto:ciardbaac@gmail.com)