



แบบขอรับความช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยติดเตียงหรือโรคภัยแรง
มูลนิธิอาจารย์จำเนียร สารระนาค

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

เรื่อง ขอรับความช่วยเหลือโครงการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยติดเตียงหรือโรคภัยแรง

เรียน ประธานกรรมการมูลนิธิอาจารย์จำเนียร สารระนาค

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

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

ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ข้าพเจ้า 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 สาระนาค ดังนี้

- 9.1 การช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยติดเตียง 9.2 การช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยโรคร้ายแรง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้เจ็บป่วย
(.....)

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ/ผู้ให้ข้อมูล
(.....)

ในฐานะ สามี ภรรยา บุตร/ธิดา อื่นๆ (ระบุ)

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

ส่วนที่ 2 ความเห็นของ ธ.ก.ส. สาขาในพื้นที่ที่ผู้เจ็บป่วยอยู่อาศัย

ขอรับรองว่า

.....

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง

ส่วนที่ 3 ความเห็นของ สนจ. ธ.ก.ส. ในพื้นที่ที่ผู้เจ็บป่วยอยู่อาศัย

ขอรับรองว่า

.....

.....

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง