

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือนพ.ศ.

เรียน

ด้วย.....

เลขประจำตัวประชาชน.....เกิดวันที่เดือนพ.ศ.

อายุปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนเลขที่ หมู่ที่ ถนน ซอย

ตำบล..... อำเภอจังหวัด รหัสไปรษณีย์.....

ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

๑. ที่พักอาศัย

() เป็นของตนเองและมีลักษณะ () ขำรุดทรุดโทรม () ขำรุดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวรดี

() เป็นของ..... เกี่ยวข้องเป็น

๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทางสามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้าน เป็นระยะทางสามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุด เป็นระยะทางสามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

๓. การพักอาศัย

() อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ

() พักอาศัยกับ.....รวม คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้ จำนวน.....คน

๔. รายได้ - รายจ่าย

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

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้

สถานที่ติดต่อเลขที่ หมู่ที่.....ถนน.....ซอย.....ตำบลอำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....เป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

