

แบบสำรวจข้อมูลคนพิการเพื่อช่วยเหลือในภาวะCOVID - 19

คำชี้แจง (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบทุกข้อ)

แบบสำรวจข้อมูลฉบับนี้ใช้สำหรับเก็บข้อมูลคนพิการที่มีบัตรคนพิการแต่ยังไม่ได้รับเบี้ยความพิการ

1. ข้อมูลคนพิการ

เลขที่บัตรประจำประชาชน -

ชื่อ-สกุลคนพิการ.....

วัน/เดือน/ปี เกิด..... อายุ.....ปี

ประเภทความพิการ ☐ ทางการเห็น ☐ ทางสติปัญญา
☐ ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ทางการเรียนรู้
☐ ทางกายหรือการเคลื่อนไหว ☐ ทางออทิสติก
☐ ทางจิตใจหรือพฤติกรรม

ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ ระบุ

การศึกษา ☐ ไม่ได้ศึกษา อ่าน/เขียนไม่ได้ ☐ ไม่ได้ศึกษา อ่าน/เขียนได้
☐ กำลังศึกษา ☐ จบการศึกษา

ระดับการศึกษาสูงสุด ☐ ประถมศึกษาตอนต้น ☐ ประถมศึกษาตอนปลาย
☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย
☐ ปวส. หรือเทียบเท่า ☐ ปวช. หรือเทียบเท่า
☐ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ☐ อื่นๆ ระบุ.....

การประกอบอาชีพ ☐ ค้าขาย/กิจการส่วนตัว ☐ รับจ้าง
☐ ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ ☐ หัตถกรรม / งานฝีมือ
☐ พนักงานบริษัท ระบุ..... ☐ ช่วยเหลือกิจการของครอบครัว
☐ เกษตรกรรม/ปศุสัตว์ ☐ อื่นๆ ระบุ.....
☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ

รายได้ต่อเดือน ☐ ไม่เกิน 3,000 บาท ☐ 3,001- 5,000 บาท
☐ 5,001 - 10,000 บาท ☐ 10,001 - 30,000 บาท
☐ 30,001 - 50,000 บาท ☐ 50,001 -100,000 บาท
☐ 100,000 บาท ต่อเดือนขึ้นไป

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ

2. ช่องทางการรับเงินสวัสดิการอื่นๆ

ท่านประสงค์ขอรับสวัสดิการต่างๆ ผ่านช่องทางใด

- ☐ ผ่านบัญชีธนาคาร.....สาขา.....
ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....
☐ รับเป็นเงินสด เนื่องจาก.....

3. ช่องทางการติดต่อของคนพิการ

- ☐ คนพิการเอง ☐ ผู้ปกครอง/ผู้พิทักษ์/ผู้อนุบาล/ผู้ดูแล

ชื่อ-สกุล เบอร์โทร

ID Line Email

4. ท่านได้รับผลกระทบจากวิกฤต COVID - 19

- ☐ ไม่ได้รับผลกระทบ
☐ ได้รับผลกระทบ (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ หยุดงาน/หยุดกิจการ/ปิดร้านชั่วคราว ☐ ถูกเลิกจ้างงาน/ตกงาน
☐ คนในชุมชนติดเชื้อ ☐ เป็นกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อ
☐ ขาดแคลนเวชภัณฑ์ ☐ ขาดแคลนอาหาร/ของใช้
☐ เดินทางไม่สะดวก ☐ ผลกระทบอื่นๆ.....

5. ความต้องการสวัสดิการเพิ่มเติม (สามารถตอบ ได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ การพักชำระหนี้จากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ 12 เดือน
☐ การกู้ยืมเงินจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (กรณีฉุกเฉิน)
☐ การปรับสภาพที่อยู่อาศัย
☐ เครื่องอุปโภค/บริโภค/เวชภัณฑ์
☐ การบริการด้านการรักษาพยาบาล
☐ บริการล่ามภาษามือ
☐ เงินสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
☐ กายอุปกรณ์
☐ บริการผู้ช่วยคนพิการ
☐ สวัสดิการอื่นๆโปรดระบุ.....

6. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าพเจ้าและครอบครัว

- ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

ลงชื่อ. x.....
(.....)
ผู้ขอรับบริการ/ผู้ขอรับความช่วยเหลือ
/ผู้ดูแลคนพิการ
ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้เก็บข้อมูล/ผู้นำเข้าข้อมูล
โทรศัพท์
ลงวันที่.....

เลขที่.....

แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

เลขประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□

สำนัก/กอง/กลุ่ม.....สังกัดกรม.....กระทรวง.....

อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์.....

ขอรับเงินผ่าน KTB Corporate Online โดยได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารมาเพื่อเป็นหลักฐาน
ด้วยแล้ว

☐ กรณีเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ ที่สังกัดส่วนราชการผู้จ่าย

☐ เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ใช้สำหรับรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน

บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

☐ เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารอื่น ตามที่.....อนุญาต

บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

☐ กรณีเป็นบุคคลภายนอกเพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

และเมื่อ.....โอนเงินผ่าน KTB Corporate Online แล้วให้ส่งข้อมูลการโอนเงินผ่านช่องทาง

☐ ข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ (SMS) ที่เบอร์โทรศัพท์.....

☐ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ตาม e-mailaddress.....

ลงชื่อ.....ผู้มีสิทธิรับเงิน
(.....)

หมายเหตุ : เลขที่ของแบบแจ้งข้อมูลการรับโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online ให้ระบุหมายเลขกำกับเรียงกันไปทุกฉบับ
เพื่อประโยชน์ในการจัดทำทะเบียนคุมการโอนเงิน

เอกสารประกอบการรับเงินเยียวยาช่วยเหลือคนพิการในภาวะ COVID-19

- | | |
|---|--------------|
| 1. สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร ที่มีชื่อคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ | จำนวน 1 ฉบับ |
| 2. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ | จำนวน 1 ฉบับ |
| 3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (กรณีแนบสมุดบัญชีธนาคารของผู้ดูแลคนพิการ) | จำนวน 1 ฉบับ |

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดนครศรีธรรมราช ศาลากลางจังหวัดนครศรีธรรมราช

หมายเลขโทรศัพท์ 075 - 356259