

ข้อมูลผู้ได้รับผลกระทบจากโรคติดต่ออันตรายจากสถานการณ์การแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-๑๙)

ที่เกิดศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล.....)

คำชี้แจง : ผู้มีสิทธิลงทะเบียน ได้แก่ ผู้มีรายได้น้อย ผู้ไร้ที่พึ่ง ผู้สูงอายุ ลูกจ้างที่ถูกเลิกจ้างงาน (ที่มีสัญชาติไทย)

<p>๑. ข้อมูล ชื่อ - สกุล (โปรดระบุ นาย/นาง/นางสาว) .....</p> <p>๒. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง</p> <p>๓. อายุ <input type="checkbox"/> ต่ำกว่า ๑๘ ปี <input type="checkbox"/> ๑๘ - ๓๕ ปี <input type="checkbox"/> ๓๖ - ๖๐ ปี <input type="checkbox"/> ๖๐ ปีขึ้นไป</p> <p>๔. หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....</p> <p>๕. ที่อยู่อาศัยจริงในปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัดกาญจนบุรี</p> <p>๖. หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ .....</p> <p>๗. สถานภาพการสมรส <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส / <input type="checkbox"/> อยู่ด้วยกัน <input type="checkbox"/> แยกกันอยู่ <input type="checkbox"/> หย่าร้าง</p> <p>๘. จำนวนบุตร ชาย จำนวน.....อายุ..... หญิง จำนวน.....อายุ.....</p> <p>๙. รายละเอียดข้อมูลด้านอาชีพ โปรดเลือกข้อมูล ที่ตรงกับท่าน อาชีพของท่าน <input type="checkbox"/> ลูกจ้าง <input type="checkbox"/> รับจ้างทั่วไป <input type="checkbox"/> ค้าขาย/หาบเร่/แผงลอย <input type="checkbox"/> เจ้าของกิจการ <input type="checkbox"/> พนักงานบริการ <input type="checkbox"/> อาชีพอิสระ <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ถ้ามี) ระบุ.....</p> <p>๑๐. โปรดระบุสถานที่ตั้ง สถานที่ทำงาน สถานที่ประกอบ อาชีพ ของท่าน <input type="checkbox"/> มีนายจ้าง <input type="checkbox"/> ไม่มีอาชีพ ชื่อสถานประกอบการ..... เลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....</p> <p>๑๑. ครีวเรือนท่านมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน <input type="checkbox"/> น้อยกว่า ๓,๐๐๐ บาท <input type="checkbox"/> ๓,๐๐๐- ๕,๕๐๐ <input type="checkbox"/> ๕,๕๐๑-๗,๕๐๐ <input type="checkbox"/> ๗,๕๐๑ - ๑๐,๐๐๐ <input type="checkbox"/> ๑๐,๐๐๑-๑๒,๕๐๐ <input type="checkbox"/> ๑๒,๕๐๑-๑๕,๐๐๐ <input type="checkbox"/> ๑๕,๐๐๑ - ๒๐,๐๐๐ <input type="checkbox"/> มากกว่า ๒๐,๐๐๐บาท</p>	<p>๑๒. จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่จริง <input type="checkbox"/> ๑ คน <input type="checkbox"/> ๒-๕ คน <input type="checkbox"/> ๖ คนขึ้นไป</p> <p>๑๓. ในครอบครัวท่านมีผู้ที่ทำงานหารายได้เป็นของตนเอง รวมตัวท่าน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ตัวท่านเองเพียงคนเดียว <input type="checkbox"/> ๒ - ๓ คน <input type="checkbox"/> ๔ คนขึ้นไป โปรดระบุรายได้บุคคลอื่นที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนของท่าน เช่น คู่สมรส บุตร เป็นต้น .....</p> <p>๑๔. ในครอบครัวท่านมีผู้พิการที่ท่านต้องดูแลหรือไม่ มีให้ระบุ <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p>๑๕. ในครอบครัวท่านมีผู้สูงอายุที่ท่านต้องดูแลหรือไม่ มีให้ ระบุ <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p>๑๖. ปัญหาความเดือดร้อนของท่านปัจจุบัน</p> <p>๑๖.๑ ด้านสุขภาพอนามัยบุคคลในครอบครัว <input type="checkbox"/> หลงลืมโรคชรา <input type="checkbox"/> ป่วยเป็นโรคร้ายแรง <input type="checkbox"/> เจ็บป่วยเรื้อรัง <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยทางจิต <input type="checkbox"/> โรคซึมเศร้า <input type="checkbox"/> ได้รับผลกระทบจากโรคติดต่อเรื้อรัง <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....</p> <p>๑๖.๒ ด้านการมีงานทำ และมีรายได้ <input type="checkbox"/> ถูกเลิกจ้าง/ว่างงาน โปรดระบุชื่อสถานประกอบการ..... ที่ตั้งเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... <input type="checkbox"/> รายได้ไม่พอใช้จ่าย <input type="checkbox"/> ไม่มีงานทำ <input type="checkbox"/> ไม่มีทุนประกอบอาชีพ <input type="checkbox"/> รายได้ไม่แน่นอน <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....</p>
--	---