



มูลนิธิ กปภ.
แบบยื่นขอรับความช่วยเหลือค่าครองชีพ

ชื่อ.....นามสกุล.....

สังกัดเดิม.....

พ้นสภาพการเป็นพนักงานเนื่องจาก ☐ เกษียณอายุ ☐ ลาออกจากงานตามโครงการเกษียณอายุก่อนกำหนด
☐ เจ็บป่วยและแพทย์ลงความเห็นว่าไม่สามารถหรือไม่สมควรอยู่ปฏิบัติงานต่อไป

ผู้ให้ข้อมูล (กรณีที่ผู้ยื่นขอความช่วยเหลือไม่สามารถให้ข้อมูลได้)

ชื่อ-นามสกุล (ญาติ)..... ระบุความสัมพันธ์.....

ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง 2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง/แยกกันอยู่

ชื่อคู่สมรส อายุ..... ปี รายได้บาท/เดือน

อาชีพ เบอร์โทร

4. บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

เนื้อที่ประมาณ สิ่งอำนวยความสะดวก

☐ บ้านตนเอง ☐ บ้านเช่า ☐ บ้านบุตร ☐ อื่น ๆ

ที่อยู่อาศัยได้มาโดย

มีที่ดินอื่นอีกหรือไม่

5. ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ (ระบุชื่อ) อายุ..... ปี

ความสัมพันธ์ อาชีพ

สถานที่ทำงาน

รายได้ บาท/เดือน ข้อมูลส่วนตัว

.....

เบอร์โทร

6. บุตร ☐ มี จำนวน คน ☐ ไม่มีบุตร

1. ชื่อ - สกุล อายุ ปี

อาชีพ รายได้ บาท/เดือน

สถานที่ทำงาน..... อาศัยอยู่ด้วยกันหรือไม่

ชื่อ - สกุล คู่สมรส..... อายุ ปี

อาชีพ รายได้ บาท/เดือน

สถานที่ทำงาน..... อาศัยอยู่ด้วยกันหรือไม่

ข้อมูลครอบครัว

.....

.....

เบอร์โทร

2. ชื่อ - สกุล อายุ ปี

อาชีพ รายได้ บาท/เดือน

สถานที่ทำงาน..... อาศัยอยู่ด้วยกันหรือไม่

ชื่อ - สกุล คู่สมรส..... อายุ ปี

อาชีพ รายได้ บาท/เดือน

สถานที่ทำงาน..... อยู่ด้วยกันหรือไม่

ข้อมูลครอบครัว

.....

.....

เบอร์โทร

3. ชื่อ - สกุล อายุ ปี

อาชีพ รายได้ บาท/เดือน

สถานที่ทำงาน..... อาศัยอยู่ด้วยกันหรือไม่

ชื่อ - สกุล คู่สมรส..... อายุ ปี

อาชีพ รายได้ บาท/เดือน

สถานที่ทำงาน..... อยู่ด้วยกันหรือไม่

ข้อมูลครอบครัว

.....

.....

เบอร์โทร

4. ชื่อ - สกุล อายุ ปี

อาชีพ รายได้ บาท/เดือน

สถานที่ทำงาน..... อาศัยอยู่ด้วยกันหรือไม่

ชื่อ - สกุล คู่สมรส..... อายุ ปี

อาชีพ รายได้ บาท/เดือน

สถานที่ทำงาน..... อยู่ด้วยกันหรือไม่

ข้อมูลครอบครัว

.....

.....

เบอร์โทร

5. ชื่อ - สกุล อายุ ปี
อาชีพ รายได้ บาท/เดือน
สถานที่ทำงาน..... อาศัยอยู่ด้วยกันหรือไม่
- ชื่อ - สกุล คู่สมรส..... อายุ ปี
อาชีพ รายได้ บาท/เดือน
สถานที่ทำงาน..... อยู่ด้วยกันหรือไม่
- ข้อมูลครอบครัว
-
-
- เบอร์โทร

ข้อมูลด้านรายได้

7. อาชีพ ☐ ไม่มีอาชีพ
☐ มีอาชีพ
8. รายได้ปัจจุบัน ☐ มีรายได้ จำนวน..... บาท/วัน หรือ จำนวน บาท/เดือน
☐ ไม่มีรายได้
แหล่งที่มาของรายได้.....
.....
หากไม่มีรายได้ ดำรงชีพอย่างไร
-
9. เบี้ยยังชีพ ☐ ได้รับเบี้ยยังชีพ จำนวน.....บาท/เดือน ☐ ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพ
.....
10. เบี้ยคนพิการ ☐ ได้รับเบี้ยคนพิการ จำนวน.....บาท/เดือน ☐ ไม่ได้รับเบี้ยคนพิการ
.....
11. หนี้สินส่วนตัว/คู่สมรส ☐ ไม่มีหนี้สิน ☐ มีหนี้สิน จำนวน..... บาท

ขอเอกสารการเป็นหนี้ (ถ้ามี)

จาก

ชำระหนี้อย่างไร

12. รายจ่ายต่อเดือน บาท ได้แก่

1. ค่าน้ำ ประเมิน.....บาท/เดือน
2. ค่าไฟ ประเมิน.....บาท/เดือน
3. ค่าอาหาร ประเมิน.....บาท/เดือน
4. ค่ารักษาพยาบาล ประเมิน.....บาท/เดือน
5. ค่าของใช้ส่วนตัว ประเมิน.....บาท/เดือน
6. ค่าโทรศัพท์ ประเมิน.....บาท/เดือน
7. อื่นๆ (โปรดระบุ).....ประเมิน.....บาท/เดือน

13. เงินเดือนก่อน ☐ เกษียณ ☐ ลาออกจากงานตามโครงการเกษียณอายุก่อนกำหนด (early)

☐ อื่นๆ จำนวน บาท

14. ตอนเกษียณ/early ได้รับเงินจาก กปภ. จำนวน บาท

นำไปใช้เป็นค่าใช้จ่าย 1.

2.

3.

15. ปัจจุบันเป็นสมาชิกฌาปนกิจสงเคราะห์ กปภ.หรือไม่

☐ ส่งเงินเอง ☐ ผู้อื่นส่ง (ระบุ)

ข้อมูลด้านสุขภาพ

16. โรคประจำตัว ☐ ไม่มี

☐ มีโรคประจำตัว (โปรดระบุ) 1.

2.

3.

☐ รักษาพยาบาลประจำ ที่

อาการของโรค

17. ผู้ดูแลในยามเจ็บป่วย

☐ คู่สมรส

☐ บุตรหลาน

☐ญาติพี่น้อง

☐ เพื่อนบ้าน

☐ อยู่ลำพัง ขาดผู้ดูแล

☐ อื่นๆ

18. สิทธิการรักษาพยาบาล ☐ มีสิทธิ ☐ ไม่มีสิทธิ

ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลจาก

19. เดินทางไปพบแพทย์อย่างไร

☐ สัปดาห์ละ.....ครั้ง

☐ เดือนละ.....ครั้ง

☐ ปีละ.....ครั้ง

☐ อื่นๆ

20. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปพบแพทย์ในแต่ละครั้ง.....บาท/ครั้ง

.....

21. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าแพทย์ ค่ายา ในแต่ละครั้ง.....บาท/ครั้ง

.....

ประวัติโดยสังเขป

.....

.....

.....

.....

.....ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

โทร

.....ผู้สัมภาษณ์

(.....)

.....ผู้สัมภาษณ์

(.....)

.....ผู้สัมภาษณ์

(.....)