



มูลนิธิ กปภ.
แบบยื่นขอรับความช่วยเหลือค่าครองชีพ

ชื่อ.....นามสกุล.....

สังกัดเดิม.....

พ้นสภาพการเป็นพนักงานเนื่องจาก เกษียณอายุ ลาออกจากงานตามโครงการเกษียณอายุก่อนกำหนด
 เจ็บป่วยและแพทย์ลงความเห็นว่าไม่สามารถหรือไม่สมควรอยู่ปฏิบัติงานต่อไป

ผู้ให้ข้อมูล (กรณีที่ยื่นขอความช่วยเหลือไม่สามารถให้ข้อมูลได้)

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

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

แขวง/ตำบล.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

เนื้อที่ประมาณ สิ่งอำนวยความสะดวก

บ้านตนเอง บ้านเช่า บ้านบุตร อื่น ๆ

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

ความสัมพันธ์ อาชีพ

สถานที่ทำงาน รายได้ บาท

6. บุตร มี จำนวน คน ไม่มี

1. ชื่อ - สกุล อายุ ปี

อาชีพ รายได้ บาท

สถานที่ทำงาน..... อาศัยอยู่ด้วยกันหรือไม่

2. ชื่อ - สกุล อายุ ปี

อาชีพ รายได้ บาท

สถานที่ทำงาน..... อาศัยอยู่ด้วยกันหรือไม่

3. ชื่อ - สกุล อายุ ปี

อาชีพ รายได้ บาท

สถานที่ทำงาน..... อาศัยอยู่ด้วยกันหรือไม่

ชื่อ - สกุล คู่สมรส..... อายุ ปี

อาชีพ รายได้ บาท

สถานที่ทำงาน..... อยู่ด้วยกันหรือไม่

4. ชื่อ - สกุล อายุ ปี

อาชีพ รายได้ บาท

สถานที่ทำงาน..... อาศัยอยู่ด้วยกันหรือไม่

5. ชื่อ - สกุล อายุ ปี

อาชีพ รายได้ บาท

สถานที่ทำงาน..... อาศัยอยู่ด้วยกันหรือไม่

ข้อมูลด้านรายได้

7. อาชีพ ไม่มีอาชีพ

มีอาชีพ

8. รายได้ปัจจุบัน มีรายได้ จำนวน..... บาท/วัน หรือ จำนวน บาท/เดือน

ไม่มีรายได้

แหล่งที่มาของรายได้.....

ถ้าไม่มีรายได้ กินอยู่อย่างไร

.....

.....

9. เบี้ยยังชีพ ได้รับเบี้ยยังชีพ จำนวน.....บาท/เดือน ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพ
10. เบี้ยคนพิการ ได้รับเบี้ยคนพิการ จำนวน.....บาท/เดือน ไม่ได้รับเบี้ยคนพิการ
11. หนี้สินส่วนตัว/คู่สมรส ไม่มีหนี้สิน มีหนี้สิน จำนวน..... บาท

ขอเอกสารการเป็นหนี้ (ถ้ามี)

จาก

.....

ใช้คืนอย่างไร

.....

.....

12. รายจ่ายต่อเดือน บาท อะไรบ้าง

1.

2.

3.

4.

5.

13. เงินเดือนก่อน เกษียณ ลาออกจากงานตามโครงการเกษียณอายุก่อนกำหนด (early)

อื่นๆ จำนวน บาท

14. ตอนเกษียณ/early ได้รับเงินจาก กปภ. จำนวน บาท

ใช้อะไรไปบ้าง 1.

2.

3.

20. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปพบแพทย์ในแต่ละครั้ง.....บาท/ครั้ง

.....

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

.....

ประวัติโดยสังเขป

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....ผู้ให้ข้อมูล
(.....)

.....ผู้รับรอง
(.....)

โทร

หมายเหตุ เอกสารประกอบการขอความช่วยเหลือ

1. สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้าน
2. รูปถ่ายผู้ขอความช่วยเหลือ/รูปถ่ายสถานที่พัก
3. ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)