



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)