

แบบฟอร์มโครงการสนับสนุนครอบครัวอุปถัมภ์

คผส. 01 - 05

หนังสือแสดงความประสงค์ขอคุ้มครองผู้สูงอายุและการยินยอมของผู้สูงอายุแบบครอบครัวอุปถัมภ์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอคุ้มครองผู้สูงอายุแบบครอบครัวอุปถัมภ์

เรียน อธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุ / ผู้ว่าราชการจังหวัด.....

รูปถ่ายหน้าตรง เต็มตัว

ถ่ายไว้ไม่เกินหกเดือน

จำนวน 1 รูป

(สามารถใช้ภาพถ่าย

จากโทรศัพท์มือถือ)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน.....ชื่อเล่น.....โทรศัพท์มือถือ.....

☐ ไม่เคยมีประวัติอาชญากรรม

สถานภาพ

☐ โสด

☐ สมรสอยู่ด้วยกัน

☐ สมรสแยกกันอยู่

☐ หย่าร้าง

☐ ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน

☐ หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

ที่อยู่ตามทะเบียน

บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

ที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

อาชีพและรายได้

อาชีพ.....ตำแหน่งงาน.....

สถานที่ทำงาน.....รายได้เฉลี่ยเดือนละ.....บาท

และรายได้อื่นๆ (ระบุ).....รวมรายได้เฉลี่ยเดือนละ.....บาท

ประวัติการศึกษา (ระบุ)

☐ ไม่ได้รับการศึกษา

☐ ประถมศึกษา

☐ มัธยมศึกษาตอนต้น

☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)

☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

สถาบันการศึกษา ระบุ.....

ประวัติการอบรม / ดูนาน (ระบุ).....

ลักษณะเด่นที่คิดว่าท่านมีความเหมาะสมที่จะเป็นผู้ที่มีความประสงค์ขอเป็นครอบครัวอุปถัมภ์.....

.....

บุคคลอ้างอิงที่น่าเชื่อถือและสามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติมได้ ดังนี้

1. ชื่อ - สกุล..... อายุ..... ปี ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล.....
ที่อยู่ปัจจุบัน..... อาชีพ..... โทรศัพท์มือถือ.....

2. ชื่อ - สกุล..... อายุ..... ปี ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล.....
ที่อยู่ปัจจุบัน..... อาชีพ..... โทรศัพท์มือถือ.....

ความประสงค์ขอเป็นครอบครัวอุปถัมภ์ กรณี

☐ ผู้สูงอายุไม่มีผู้ดูแล เนื่องจาก.....

☐ ผู้สูงอายุมีผู้ดูแล แต่ไม่สามารถดูแลได้ เนื่องจาก.....

นาย/นาง/นางสาว..... นามสกุล..... อายุ..... ปี ความสัมพันธ์
ระหว่างผู้ที่มีความประสงค์ฯ กับผู้สูงอายุ (ระบุความสัมพันธ์).....

► ความยินยอมของผู้สูงอายุ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... นามสกุล.....

อายุ..... ปี เลขประจำตัวประชาชน..... โทรศัพท์มือถือ.....

ได้อ่านรายละเอียดข้างต้น เข้าใจแล้ว และยินยอมให้ นาย/นาง/นางสาว..... นามสกุล.....

อายุ..... ปี ความสัมพันธ์กับข้าพเจ้า..... โทรศัพท์มือถือ.....

เป็นผู้คุ้มครองผู้สูงอายุแบบ ครอบครัวอุปถัมภ์จนกว่าจะมีการขอยกเลิกการเป็นครอบครัวอุปถัมภ์
ตามระเบียบกรมกิจการผู้สูงอายุว่าด้วยการคุ้มครองผู้สูงอายุแบบครอบครัวอุปถัมภ์ พ.ศ. 2566 ข้อ 10 (1) – (4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้อง
ตรงความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ระงับสิทธิและประโยชน์อื่นๆ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสาร
เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

(ลงชื่อ)..... (ผู้สูงอายุแบบครอบครัวอุปถัมภ์)

(.....) หรือพิมพ์ลายนิ้วมือ (กรณีที่ไม่สามารถเขียนหนังสือได้)

โทรศัพท์มือถือ.....

(ลงชื่อ)..... (พยานคนที่ 1) (ลงชื่อ)..... (พยานคนที่ 2)

(.....)

(.....)

โทรศัพท์มือถือ.....

โทรศัพท์มือถือ.....

!!! หมายเหตุ !!!

* กรณีผู้สูงอายุไม่สามารถให้การยินยอมได้ ให้นักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้รวบรวมข้อเท็จจริงและเสนอความเห็นต่อคณะกรรมการฯ

* กรณีที่สมาชิกในครอบครัวของผู้ที่มีความประสงค์ฯ มีจำนวนมากกว่า 5 ราย ให้ไปเพิ่มเติมข้อมูลสมาชิกและรับรองไว้ท้าย
แผนที่บ้านโดยสังเขป

* กรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถลงลายมือชื่อด้วยตนเองได้ เนื่องจากเป็นผู้ป่วยติดเตียง มีภาวะหลงลืม สมอลืม อัมพาต
และมีภาวะทางจิตเวชร่วมด้วย เป็นต้น สามารถพิมพ์ลายนิ้วมือได้ แต่ต้องมีผู้รับรองลายนิ้วมือ นอกนั้นให้ลงลายมือชื่อด้วยตนเอง

* พยานคนที่ 1 คือ บุคคลในครอบครัวที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ขอคุ้มครองผู้สูงอายุฯ และข้อมูลผู้สูงอายุได้

* พยานคนที่ 2 คือ ผู้นำท้องที่/ผู้นำท้องถิ่น/ผู้นำชุมชน/อพม./อสม./ประธานชุมชน/เครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง

► ความยินยอมของสมาชิกในครอบครัวทุกคนของผู้ที่มีความประสงค์ขอเป็นครอบครัวอุปถัมภ์ที่บรรลุนิติภาวะ และอยู่ในพื้นที่เดียวกัน

คนที่ 1 ชื่อ.....นามสกุล.....

ความสัมพันธ์.....ลายมือชื่อ.....โทรศัพท์มือถือ.....

คนที่ 2 ชื่อ.....นามสกุล.....

ความสัมพันธ์.....ลายมือชื่อ.....โทรศัพท์มือถือ.....

คนที่ 3 ชื่อ.....นามสกุล.....

ความสัมพันธ์.....ลายมือชื่อ.....โทรศัพท์มือถือ.....

คนที่ 4 ชื่อ.....นามสกุล.....

ความสัมพันธ์.....ลายมือชื่อ.....โทรศัพท์มือถือ.....

คนที่ 5 ชื่อ.....นามสกุล.....

ความสัมพันธ์.....ลายมือชื่อ.....โทรศัพท์มือถือ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตรงความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ระงับสิทธิและประโยชน์อื่นๆ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

(ลงชื่อ).....(ผู้ที่มีความประสงค์ฯ)

(.....)

โทรศัพท์มือถือ.....ID LINE.....

(ลงชื่อ).....(พยานคนที่ 1)(ลงชื่อ).....(พยานคนที่ 2)

(.....)

(.....)

โทรศัพท์มือถือ.....

โทรศัพท์มือถือ.....

!!! หมายเหตุ !!!

- * กรณีผู้สูงอายุไม่สามารถให้การยินยอมได้ ให้นำสังคมสงเคราะห์เป็นผู้รวบรวมข้อเท็จจริงและเสนอความเห็นต่อคณะกรรมการฯ
- * กรณีที่สมาชิกในครอบครัวของผู้ที่มีความประสงค์ฯ มีจำนวนมากกว่า 5 ราย ให้ไปเพิ่มเติมข้อมูลสมาชิกและรับรองไว้ท้ายแผนที่บ้านโดยสังเขป
- * กรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถลงลายมือชื่อด้วยตนเองได้ เนื่องจากเป็นผู้ป่วยติดเตียง มีภาวะหลงลืม สมอลืม อัมพาต และมีความทางจิตเวชร่วมด้วย เป็นต้น สามารถพิมพ์ลายนิ้วมือได้ แต่ต้องมีผู้รับรองลายนิ้วมือ นอกนั้นให้ลงลายมือชื่อด้วยตนเอง
- * พยานคนที่ 1 คือ บุคคลในครอบครัวที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ขอคุ้มครองผู้สูงอายุฯ และข้อมูลผู้สูงอายุได้
- * พยานคนที่ 2 คือ ผู้นำท้องที่/ผู้นำท้องถิ่น/ผู้นำชุมชน/อพม./อสม./ประธานชุมชน/เครือข่ายอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

แผนที่บ้านโดยสังเขป

แผนที่บ้าน/จุดสังเกตหลัก

พิกัด GPS ละติจูด : ลองติจูด :

รายละเอียดจุดสังเกตหลัก โปรดระบุรายละเอียด อาทิ อยู่ใกล้วัด โรงเรียน อบต. เทศบาล หรือที่สถานที่สำคัญอื่น ๆ

.....

.....

.....

.....

.....

