



ในพระบรมราชูปถัมภ์

แบบสำรวจ (ส ๑)

ผู้ขอรับความช่วยเหลือจากมูลนิธิสายใจไทย

รูปถ่าย
ขนาด ๔x๓ ซม.

๑. ผู้ขอรับความช่วยเหลือ

๑.๑ ประวัติผู้เสียชีวิต หรือผู้บาดเจ็บ

นาม.....นามสกุล.....
 วัน เดือน ปีเกิด.....อายุปัจจุบัน.....ปี
 ตำบล อำเภอ จังหวัดที่เกิด.....
 ภูมิลำเนาปัจจุบัน.....
 การศึกษา.....เบอร์โทรศัพท์.....
 ความสามารถพิเศษ.....
 อาชีพเดิม.....

๑.๒ ประวัติราชการ

เข้ารับราชการเมื่อ.....สังกัด.....หมายเลข-
 ทะเบียนทหาร.....
 ปัจจุบันสังกัด.....ยศ.....เงินเดือน.....บาท
 นามผู้บังคับบัญชา.....

๑.๓ ประวัติการป่วย

ได้รับบาดเจ็บโดย.....

 จากการปฏิบัติที่.....เมื่อ.....
 ปัจจุบันรักษาตัวอยู่ที่.....ในความดูแลของ.....
 อาการ.....

๑.๔ รายได้ของผู้ขอรับความช่วยเหลือ

เงินเดือน.....บาท เงินบำนาญ.....บาท
 เงินช่วยเหลือจากมูลนิธิสายใจไทยฯ.....
 รายได้อื่นๆ.....

๒. ครอบครัว

๒.๑ นามบิดา.....อาชีพ.....
 นามมารดา.....อาชีพ.....
 ที่อยู่บิดามารดา.....

- ยังมีชีวิต
- ถึงแก่กรรมแล้ว อายุ.....ปี
- ยังมีชีวิต
- ถึงแก่กรรมแล้ว อายุ.....ปี

(๒)

๒.๒ นามภรรยา.....อาชีพ.....อายุ.....ปี
การศึกษา.....รายได้.....
ที่อยู่.....

๒.๓ บุตร ธิดา

ผู้ขอความช่วยเหลือมีบุตร ธิดา จำนวน.....คน ดังรายนามต่อไปนี้-

นาม อายุ การศึกษา/อาชีพ รายได้หากมี

๑.

๒.

๓.

๔.

๕.

๖.

ที่อยู่.....

๓. ข้อควรทราบอื่นๆ

.....
.....
.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่บันทึกนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงนาม.....

ผู้ขอความช่วยเหลือ

ในกรณีที่ผู้ร้องขอความช่วยเหลือไม่สามารถลงนามได้ ให้ผู้บันทึกอ่านข้อความที่บันทึก
ให้ผู้ร้องฯ ฟัง เพื่อรับรองความจริงต่อหน้าพยานข้างท้ายนี้

(ลงนาม).....พยาน

(.....)

(ลงนาม).....ผู้บันทึก