



มูลนิธิสายใจไทย
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 เงินบำเหน็จ.....บาท
เงินช่วยเหลือจากมูลนิธิสายใจไทยฯ.....
รายได้อื่นๆ.....

๒. ครอบครัว

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

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 เพื่อรับรองความจริงต่อหน้าพยานข้างทำยนี้

(ลงนาม).....พยาน

(.....)

(ลงนาม).....ผู้บันทึก

(.....)