

แบบสอบถามข้อมูลผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไป

จังหวัด.....อำเภอ.....

ภาพถ่ายใบหน้า

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคล

๑. นาย/นาง/นางสาว/อื่น ๆ (ระบุ).....นามสกุล.....

บัตรประชาชน () บัตร SMART CARD () ไม่ใช่บัตร SMART CARD () ไม่มีบัตร เนื่องจาก.....

เลขที่บัตรประชาชน - - - -

() มีชีวิตอยู่ () เสียชีวิต

๒. วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี ศาสนา.....

๓. ที่อยู่ () ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

() ที่อยู่ปัจจุบัน (กรณีไม่อยู่ตามทะเบียนบ้าน) บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

() บ้านตนเอง () อาศัยผู้อื่นอยู่ () อาศัยอยู่กับญาติ () บ้านเช่า () อยู่กับผู้จ้าง () ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง

๔. สถานภาพ () โสด () สมรส มีชีวิต (ระบุ) เสียชีวิต

() หย่า / หม้าย () แยกกันอยู่

๕. สมาชิกในครอบครัว () บุตร จำนวน.....คน () ไม่มีบุตร รวมจำนวนสมาชิกทั้งสิ้น.....คน

๖. สมาชิกภายในบ้านที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่

() บุตร จำนวน.....คน () หลาน จำนวน.....คน () อื่นๆ จำนวน.....คน

๗. ผู้ดูแลบ้านที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ ชื่อ..... ความสัมพันธ์

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ

๘. อาชีพ () ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน () อาชีพ (ระบุ).....

รายได้ () ไม่มีรายได้ () มีรายได้ เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท ที่มาของรายได้.....

หนี้สินในระบบ.....บาท หนี้สินนอกระบบ.....บาท

รายได้เฉลี่ยของครอบครัว.....บาทต่อเดือน จาก

- ชื่อ..... ความสัมพันธ์.....อาชีพ.....รายได้.....บาท

- ชื่อ..... ความสัมพันธ์.....อาชีพ.....รายได้.....บาท

- ชื่อ..... ความสัมพันธ์.....อาชีพ.....รายได้.....บาท

สถานะทางการเงิน พอใช้จ่าย เหลือใช้ไม่ไว้เก็บ ไม่พอใช้จ่ายแต่ไม่มีหนี้สิน ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน

ส่วนที่ ๓ ข้อมูลด้านสังคม

๙. สุขภาพร่างกาย () สมบูรณ์แข็งแรง
() ไม่สมบูรณ์ พิกการ (ระบุ)..... ผู้ป่วยติดเตียง (ระบุโรค).....
 โรคประจำตัว (ระบุ)..... อื่น ๆ
๑๐. สภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ () มีผู้ดูแล (ระบุชื่อ) เกี่ยวข้องเป็น.....
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....
() ไม่มีผู้ดูแล
๑๑. การเข้ารับการรักษาพยาบาล
 โรงพยาบาลรัฐ (ระบุ)..... โรงพยาบาลเอกชน (ระบุ).....
 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (ระบุ)..... อื่นๆ (ระบุ).....
- พาหนะในการเดินทาง () ไม่มี () มี (ระบุ)
- บุคคลที่พาไปรักษาพยาบาล () ไม่มี () มี ชื่อ..... ความสัมพันธ์.....
- ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลกิโลเมตร

ส่วนที่ ๔ ข้อมูลด้านสวัสดิการ

๑๒. สิทธิการรักษาพยาบาล บัตรทอง (ผู้พิการ) บัตรทอง (ผู้สูงอายุ) ข้าราชการ ประกันสังคม
 ทหารผ่านศึก ประกันอื่น ๆ (ระบุ)
๑๓. สวัสดิการจากรัฐ
- เบี้ยผู้สูงอายุ () ไม่ได้รับ () ได้รับ จำนวนเงิน.....บาทต่อเดือน
- เบี้ยผู้พิการ () ไม่ได้รับ () ได้รับ จำนวนเงิน.....บาทต่อเดือน
- บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ () ไม่ได้รับ () ได้รับ จำนวนเงิน.....บาทต่อเดือน
- ได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงาน () ไม่ได้รับ
() ได้รับ จากหน่วยงาน..... จำนวนเงิน.....บาทต่อเดือน
จากหน่วยงาน..... จำนวนเงิน.....บาทต่อเดือน
จากหน่วยงาน..... จำนวนเงิน.....บาทต่อเดือน
จากหน่วยงาน..... จำนวนเงิน.....บาทต่อเดือน
๑๔. สวัสดิการอื่น ๆ
๑๕. ความต้องการความช่วยเหลือ
() ด้านการรักษาพยาบาล (ระบุ).....
() ด้านที่อยู่อาศัย (ระบุ).....
() ด้านการดำรงชีพ (ระบุ).....
() ด้านอื่นๆ (ระบุ).....

ผู้บันทึกข้อมูล.....
()

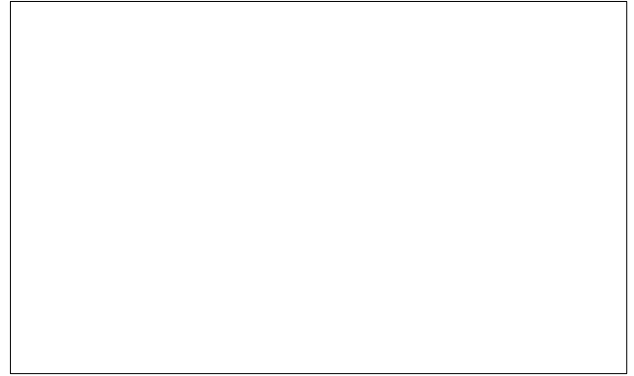
ผู้รับรองข้อมูล.....
()

นายอำเภอ.....

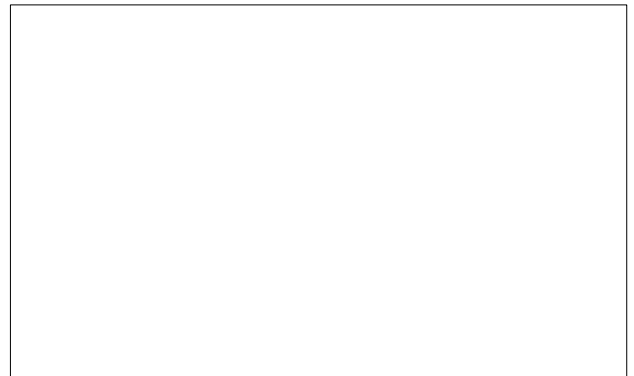
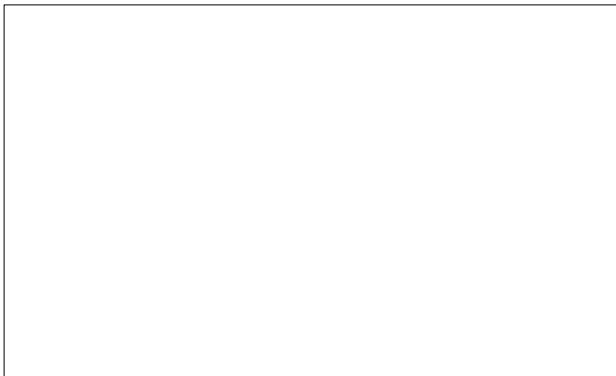
วัน.....เดือน.....ปี พ.ศ.๒๕๖๒

ส่วนที่ ๕ ภาพถ่ายประกอบ

(๑) สภาพบ้านพักอาศัย



(๒) สภาพความเป็นอยู่ภายในบ้าน



(๓) ภาพถ่ายร่วมกับสมาชิกภายในบ้านที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่

