

มูลนิธิสายใจไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ แบบรายงานตัว ประจำปี พ.ศ.2564  
ขอให้กรอกโดยละเอียด ลงลายมือชื่อและส่งแบบฟอร์มนี้ คืนส่งมูลนิธิสายใจไทยฯ

1. ยศ/ชื่อ/สกุล.....  
วัน/เดือน/ปี เกิด.....อายุ.....ปี หมู่/โลหิต.....ที่อยู่จัดส่งเอกสาร.....หมู่ที่.....ซอย.....  
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....  
อีเมล (ตนเอง/บุตร).....  
เลขประจำตัวประชาชน.....(แนบสำเนาบัตรประชาชน) 1

( สำหรับผู้ที่ เปลี่ยนแปลง ยศ/ชื่อ/สกุล/ที่อยู่ และอื่นๆ กรุณาส่งสำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาการเดือนยศ หรือหลักฐานประกอบการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ มาด้วย )

2. บาดเจ็บจาก.....สถานที่.....  
วัน/เดือน/ปี.....สภาพความพิการ.....

3. รายได้ ( เขียนให้ครบทุกรายการ )

อาชีพปัจจุบัน.....	รายได้ครอบครัวต่อเดือน.....บาท
เงินเดือนสายใจไทย.....บาท	เงิน บทช. กรณีพิการเกิน 50% เดือนละ.....บาท
เงินเลี้ยงชีพ เดือนละ.....บาท	เงินบำนาญ.....บาท
เงินผดุงเกียรติ.....บาท	เงินสลากกินแบ่ง ปีละ.....บาท
เงินรายได้ อื่นๆ เดือนละ.....บาท	

4. บัตรประจำตัวทหารผ่านศึก  ไม่มี  มี ชั้นที่.....เลขที่.....  
บัตรประจำตัวสายใจไทย  ไม่มี  มี เลขทะเบียน.....

5. การรับเงินสายใจไทย

รับธนาณัติ.....  รับธนาคาร.....สาขา.....

6. ประวัติครอบครัว  โสด  แต่งงาน  หม้าย  
ชื่อบิดา.....  มีชีวิต  เสียชีวิต  
ชื่อมารดา.....  มีชีวิต  เสียชีวิต  
ชื่อภรรยา..... วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี  
อาชีพ..... รายได้ต่อเดือน.....จำนวนบุตร.....คน

ชื่อบุตร 1.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี  
 จบการศึกษา  มีงานทำ  ไม่มีงานทำ  
กำลังศึกษา ชั้น/ระดับ .....สถานศึกษา.....  
 รับทุน มูลนิธิฯ  ไม่ได้รับทุน มูลนิธิฯ

ชื่อบุตร 2..... วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี

- จบการศึกษา                       มีงานทำ                       ไม่มีงานทำ  
กำลังศึกษา ชั้น/ระดับ ..... สถานศึกษา.....  
 รับทุน มูลนิธิฯ                       ไม่ได้รับทุน มูลนิธิฯ

หมายเหตุ : ในกรณีที่สมาชิกมีบุตรมากกว่า 2 คนขึ้นไป ให้เขียนเพิ่มลงในกระดาษ A 4 และแนบมากับใบรายงานตัว

7. สัทธิศาสตร์ด้านสุขภาพ (โปรดระบุ)

- ไม่ทราบ/ไม่มี     ประกันสุขภาพถ้วนหน้า     ประกันสังคม หน่วยงาน.....  
 ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้างประจำ กระทรวง..... หน่วยงาน.....

8. ขอความร่วมมือให้สมาชิกที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป ให้ไปตรวจสุขภาพประจำปีในโรงพยาบาลของรัฐ

โดยใช้แบบฟอร์มการตรวจสุขภาพสมาชิกสายใจไทยและโปรแกรมตรวจสุขภาพ และจัดส่งข้อมูลผลการตรวจให้มูลนิธิฯตามที่เวียนแจ้งเป็นประจำทุกปี

สำหรับสมาชิกที่ตรวจสุขภาพกับหน่วยงานในพื้นที่ และมีสมุดสุขภาพแล้ว ไม่ต้องไปตรวจใหม่ ให้ถ่ายสำเนาผลการตรวจหรือสมุดสุขภาพส่งให้แทนได้

ลงชื่อ.....

ให้ไว้ ณ วันที่...../...../.....

กรุณากรอกแบบสอบถามโดยละเอียดและลงลายมือชื่อเพื่อประโยชน์ของท่าน

กรณีมีความคิดเห็น หรือความต้องการให้มูลนิธิสายใจไทยฯ ช่วยเหลือให้แจ้งเป็นหนังสือเพิ่มเติม