

มูลนิธิสายใจไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ แบบรายงานตัว ประจำปี พ.ศ.2563

ขอให้กรอกโดยละเอียด ลงลายมือชื่อและส่งแบบฟอร์มนี้ คืนมูลนิธิฯ ก่อนเดือนสิงหาคม 2563 มิฉะนั้น ท่านจะถูกงดเงินช่วยเหลือ

1. บค/ชื่อ/สกุล..... เลขทะเบียน.....

วัน/เดือน/ปี เกิด..... อายุ..... ปี หมู/โภหิต..... ที่อยู่/จังหวัด..... หมู่ที่..... ซอย.....
ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

แฟกซ์..... อีเมล์.....

เลขประจำตัวประชาชน..... (ถ้าได้จากสำเนาทะเบียนบ้าน หรือบัตรประชาชน)

(สำหรับผู้ที่ เปลี่ยนแปลง ยศ/ชื่อ/สกุล/ที่อยู่ และอื่นๆ กรุณาส่งสำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาการเลื่อนยศ หรือ
หลักฐานประกอบการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ มาด้วย)

2. บัตรเข้าออก..... สถานที่.....

วัน/เดือน/ปี..... สภาพความพิการ.....

3. รายได้ (เงินให้ครบถ้วนรายการ)

อาชีพปัจจุบัน..... รายได้ต่อเดือน..... บาท

เงินเดือนสายใจไทย..... บาท เงิน บขช. กรณีพิการเกิน 50% เดือนละ..... บาท

เงินเลี้ยงชีพ เดือนละ..... บาท เงินบำนาญ..... บาท

เงินผดุงเกียรติ..... บาท เงินสลากรกินแบ่ง ปีละ..... บาท

เงินรายได้ อื่นๆ เดือนละ..... บาท

4. บัตรประจำตัวทหารผ่านศึก O ไม่มี O มี ชั้นที่..... เลขที่.....

บัตรประจำตัวสายใจไทย O ไม่มี O มี เลขที่.....

5. การรับเงินสายใจไทย

O รับธนาคาร..... O รับธนาคาร..... สาขา.....

6. ประวัติครอบครัว O โสด O แต่งงาน O หน้ายา

ชื่อบิดา..... O มีชีวิต O เสียชีวิต

ชื่อมารดา..... O มีชีวิต O เสียชีวิต

ชื่อภรรยา..... วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี

อาชีพ..... รายได้ต่อเดือน..... จำนวนบุตร..... คน

ชื่อบุตร 1..... วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี

O จบการศึกษา O มีงานทำ O ไม่มีงานทำ
กำลังศึกษา ชั้น/ระดับ สถานศึกษา.....

O รับทุน มูลนิธิฯ O ไม่ได้รับทุน มูลนิธิฯ

ชื่อบุตร 2 วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี

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

ชื่อบุตร 3 วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี

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

ชื่อบุตร 4 วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี

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

7. สิทธิด้านสุขภาพ

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

8. ขอความร่วมมือเฉพาะสมาชิกสูงวัยที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป ไปตรวจสุขภาพและจัดส่งข้อมูลผลการตรวจให้มูลนิธิฯ ตามที่เวียนแจ้งเป็นประจำทุกปี ดังนี้

8.1 ยังไม่เคยตรวจสุขภาพ ให้ไปตรวจสุขภาพประจำปีในโรงพยาบาลของรัฐ โดยใช้แบบฟอร์มการตรวจสุขภาพ สมาชิกสายใจไทยและโปรแกรมตรวจสุขภาพ

8.2 เคยตรวจสุขภาพและส่งผลการตรวจให้มูลนิธิฯแล้ว และได้แจ้งให้ไป เข้าตรวจสุขภาพในปีต่อไป หรือ พนแพทย์ เพื่อตรวจเพิ่มเติมและทำการรักษา

8.3 มีโรคประจำตัว ต้องรักษาเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ให้แนบแบบสรุปผลการตรวจสุขภาพ/การรักษาของมูลนิธิฯ พร้อม หนังสือมูลนิธิฯ ไปยื่นให้กับแพทย์ที่รักษาช่วยกรอกข้อมูลการตรวจสุขภาพ/รักษาให้ แล้วส่งคืนให้มูลนิธิฯ

8.4 สมาชิกที่ตรวจสุขภาพกับหน่วยงานในพื้นที่ และมีสมุดสุขภาพแล้ว ไม่ต้องไปตรวจใหม่ ให้ถ่ายสำเนาผลการตรวจ หรือสมุดสุขภาพส่งให้แทนได้

ลงชื่อ.....

ให้ไว้ ณ วันที่...../...../.....

กรุณากรอกแบบสอบถามโดยละเอียดและลงลายมือชื่อเพื่อประโยชน์ของท่าน

กรณีความคิดเห็น หรือความต้องการให้มูลนิธิสายใจไทยฯ ช่วยเหลือให้แจ้งเป็นหนังสือเพิ่มเติม