ข้อมูลผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 อผส. ให้การดูแลช่วยเหลือ (ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อน - กลุ่มสีแดง) แบบ ก - 1

ชื่อเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ที่	ชื่อ - นามสกุล	อายุ (ปี)	บ้านเลขที่	หมู่ที่	เบอร์โทรศัพท์	สภาพปัญหาหลัก	สุขภาพร่างกาย			จำนวนสมาชิกในครอบครัว (รวมผู้สูงอายุ)	การอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว (รวมผู้สูงอายุ)				ชื่อ อผส. ที่ให้การดูแลช่วยเหลือ	หมายเหตุ
							ปกติ	เจ็บป่วยเรื้อรัง	พิการ		อยู่คนเดียว	อยู่กับคู่สมรส	อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน	อยู่กับบุตรหลาน		
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																