



ແບບຟອມລາຍງານການຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ຖືກເຄາະຮ້າຍຈາກອຸປະກອນເຫດລະເບີດບໍ່ທັນແຕກ ທີ່ຕົກຄ້າງຢູ່ ສປປ ລາວ
MINE/UXO VICTIM ASSISTANCE REPORT FORM

1. ຂໍ້ມູນລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບທີ່ຢູ່ປະຈຸບັນ Present Address

ແຂວງ Province:	ເມືອງ District:	ບ້ານ village :																				
ລະຫັດແຂວງ, ເມືອງ, ບ້ານ, ຜູ້ເຄາະຮ້າຍ code:																						
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																						
ວ.ດ.ປ ເກີດອຸປະກອນ. Date and Time of Accident:																						

2. ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບຜູ້ຖືກເຄາະຮ້າຍ Personal Details

ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ Name & family name:	
ຊື່ຫລິ້ນ Nickname:	
ວັນເດືອນປີເກີດ (ອາຍຸ) Date of birth:	
ຊື່ພໍ່ Father's name:	ຊື່ແມ່ Mother's name:
ຊາຍ Male <input type="checkbox"/> ຍິງ Female <input type="checkbox"/> ເສຍຊີວິດ Died <input type="checkbox"/> ບາດເຈັບ Injured <input type="checkbox"/>	
ພິການ ຊ່ວຍຕົນເອງໄດ້ Disability with able self help <input type="checkbox"/> disable self help ບໍ່ໄດ້ <input type="checkbox"/>	
ລະດັບການສຶກສາ ຈົບປະຖົມ <input type="checkbox"/> ຈົບມັດທະຍົມຕົ້ນ <input type="checkbox"/> ຈົບມັດທະຍົມປາຍ <input type="checkbox"/> ຈົບວິທະຍາໄລ <input type="checkbox"/> ຈົບມະຫາວິທະຍາໄລ <input type="checkbox"/>	
Education: Primary school Secondary School High school College University	
ໂສດ Single <input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານ Married <input type="checkbox"/> ໝ້າຍ Widowed <input type="checkbox"/> ຮ້າງ Divorced <input type="checkbox"/> ມີລູກຈັກຄົນ Number of children:	
ຫົວໜ້າຄອບຄົວ Family leader <input type="checkbox"/> ສະມາຊິກຄອບຄົວ Family member <input type="checkbox"/>	
ຈຳນວນຄົນໃນຄອບຄົວມີຈັກຄົນ Family members?	
ເບີໂທຕິດຕໍ່ contact number:	

3. ລະເບີດຊະນິດໃດທີ່ເປັນສາຍເຫດໃຫ້ເກີດອຸປະກອນເຫດ Device that caused accident:

ບົມໃຫຍ່ Big bomb <input type="checkbox"/>	ລະເບີດຝັງດິນ(ມິນ) Mine <input type="checkbox"/>	ລູກຈະລວດ Rocket <input type="checkbox"/>	ລະເບີດຝິດສ໌ຝ່ຂາວ WP <input type="checkbox"/>
ລະເບີດລູກຫວ່ານ Bombie <input type="checkbox"/>	ລູກປືນຄົກ Motar <input type="checkbox"/>	ຊະນວນ Fuze <input type="checkbox"/>	ບໍ່ຮູ້ຈັກ Don't know <input type="checkbox"/>
ລະເບີດມື Grenade <input type="checkbox"/>	ລູກປືນໃຫຍ່ Artillery <input type="checkbox"/>	ອື່ນໆ Other <input type="checkbox"/> ອະທິບາຍ:	

4. ຖືກບາດເຈັບ

ຫົວ Head <input type="checkbox"/>	ຄໍ Neck <input type="checkbox"/>	ຫຼັງ Back <input type="checkbox"/>	ເອິກ Chest <input type="checkbox"/>
--	---	---	--

ທ້ອງ Stomach <input type="checkbox"/>	ຂາ Upper Leg <input type="checkbox"/>	ແຂ່ງ Lower leg <input type="checkbox"/>	ແຂນ Arm <input type="checkbox"/>
ມື Hand <input type="checkbox"/>	ຕີນ Foot <input type="checkbox"/>	ອື່ນໆ Other <input type="checkbox"/>	ອະທິບາຍ:

5. ປະເພດເສຍອົງຄະ

ຕາບອດເບື້ອງຊ້າຍ <input type="checkbox"/>	ຕາບອດເບື້ອງຂວາ <input type="checkbox"/>	ແຂນຂວາ ກຸດ <input type="checkbox"/>	ແຂນຊ້າຍ ກຸດ <input type="checkbox"/>
ມືຂວາ ກຸດ <input type="checkbox"/>	ມືຊ້າຍ ກຸດ <input type="checkbox"/>	ຂາຊ້າຍ ກຸດ <input type="checkbox"/>	ຂາຂວາ ກຸດ <input type="checkbox"/>
ແຂ່ງຊ້າຍ ກຸດ <input type="checkbox"/>	ແຂ່ງຂວາ ກຸດ <input type="checkbox"/>	ຕີນຊ້າຍ ກຸດ <input type="checkbox"/>	ຕີນຂວາ ກຸດ <input type="checkbox"/>
ຫູຊ້າຍ ໜວກ <input type="checkbox"/>	ຫູຂວາ ໜວກ <input type="checkbox"/>	ອື່ນໆ Other <input type="checkbox"/>	ອະທິບາຍ:

6. ການຊ່ວຍເຫລືອທີ່ຜູ້ຖືກເຄາະຮ້າຍໄດ້ຮັບ/Assistance received by the Victims (mark all items received).

ປະເພດການຊ່ວຍເຫລືອທີ່ໄດ້ຮັບ Assistance received	ມູນຄ່າ Value	ປະເພດການຊ່ວຍເຫລືອທີ່ໄດ້ຮັບ Assistance received	ມູນຄ່າ Value
ໄມ້ຄໍ້າເທົ້າ Crutches <input type="checkbox"/>		ການປິ່ນປົວດ້ານການແພດ <input type="checkbox"/>	
ເຄື່ອງຊ່ວຍຍ່າງ Walking aids <input type="checkbox"/>		ການຜ່າຕັດຕ່າງໆ (ເອົາສະເກັດອອກ, ຜ່າຕັດກະດູກ ແລະ ອື່ນໆ) <input type="checkbox"/>	
ລໍ່ເລື່ອນ Wheelchair <input type="checkbox"/>		ການຝຶນຜູ້ດ້ານສຸຂະພາບຈິດ <input type="checkbox"/>	
ແຂນ-ຂາທຽມ Prosthetic <input type="checkbox"/>		ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອການເຮັດພິທີທາງ ສາສະໜາ <input type="checkbox"/>	
ເຄື່ອງຄໍ້າຊູ Orthotic <input type="checkbox"/>		ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອສໍາລັບການມ້ຽນສິບສິງສະການ <input type="checkbox"/>	
ອຸປະກອນຊ່ວຍຟັງ Listening Aid <input type="checkbox"/>		ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອເງິນສິດ <input type="checkbox"/>	

ແວນຕາ Glasses <input type="checkbox"/>		ໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົມບັນຊີການເງິນ <input type="checkbox"/>	
ກາຍຍະພາບບໍາບັດ Physical therapy <input type="checkbox"/>		ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນໆໃຫ້ລະບຸລະອຽດ <input type="checkbox"/>	
ຝຶກອົບຮົມວິຊາຊີບ Vocational training <input type="checkbox"/>			
ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທຶນເພື່ອເຮັດທຸລະກິດ ຄ່າຂາຍ <input type="checkbox"/>			
ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທຶນເພື່ອຜະລິດກະສິກໍາ-ປູກຝັງ <input type="checkbox"/>			
ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທຶນເພື່ອລ້ຽງສັດ <input type="checkbox"/>			
ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທຶນເພື່ອຜະລິດຫັດຖະກໍາ <input type="checkbox"/>			

7. ວິຊາອາຊີບຂອງຜູ້ປະສົບເຄາະຮ້າຍ Victim's Occupation

ກ່ອນເກີດອຸປະຕິເຫດ Occupation Before accident		ອາຊີບປະຈຸບັນ Current Occupation	
ເດັກ Child <input type="checkbox"/>	ນັກຮຽນ Student <input type="checkbox"/>	ເດັກ Child <input type="checkbox"/>	ນັກຮຽນ Student <input type="checkbox"/>
ທະຫານ Soldier <input type="checkbox"/>	ແພດ, ຫົ່ມ Health worker <input type="checkbox"/>	ທະຫານ Soldier <input type="checkbox"/>	ແພດ, ຫົ່ມ Health worker <input type="checkbox"/>
ຄູ Teacher <input type="checkbox"/>	ຊາວໄຮ່ນາ Farmer <input type="checkbox"/>	ຄູ Teacher <input type="checkbox"/>	ຊາວໄຮ່ນາ Farmer <input type="checkbox"/>
ພະນັກງານລັດ Government <input type="checkbox"/>	ກໍາມະກອນ Labourer <input type="checkbox"/>	ພະນັກງານລັດ Government <input type="checkbox"/>	ກໍາມະກອນ Labourer <input type="checkbox"/>
ເປັນແມ່ບ້ານ Housewife <input type="checkbox"/>	ນັກເກັບກູ້ Miner <input type="checkbox"/>	ເປັນແມ່ບ້ານ Housewife <input type="checkbox"/>	ນັກເກັບກູ້ Miner <input type="checkbox"/>
ຄົນຂາຍເຄື່ອງ Shopkeeper <input type="checkbox"/>	ວຽກບໍລິການ Services worker <input type="checkbox"/>	ຄົນຂາຍເຄື່ອງ Shopkeeper <input type="checkbox"/>	ວຽກບໍລິການ Services worker <input type="checkbox"/>
ບໍານານ Retired <input type="checkbox"/>	ອື່ນໆຈົ່ງອະທິບາຍ Other specify <input type="checkbox"/>	ບໍານານ Retired <input type="checkbox"/>	ອື່ນໆຈົ່ງອະທິບາຍ Other specify <input type="checkbox"/>

ວັນເດືອນປີທີ່ຮັບຝອມ Date form received		ວັນເດືອນປີ ປ້ອນຂໍ້ມູນ Date data entered	
ກວດກາໂດຍ Form checked by:			

ຢັ້ງຢືນໂດຍ: