วันที่รับคำร้อง..............................................

เลขรับที่......................../............................

**แบบลงทะเบียน**

**ขอรับความช่วยเหลือของประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น**

**ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)**

**เทศบาลตำบลเขาย้อย อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี**

วันที่..............เดือน............................พ.ศ. ................

**กรณียื่นด้วยตนเอง**

๑. ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส. .............................................................นามสกุล...............................................................

อายุ....................ปี อยู่บ้านเลขที่...................หมู่ที่.....................ซอย.............................ถนน................................

ตำบล.......................อำเภอ...................................จังหวัด..................................โทรศัพท์.......................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

หมายเลขประจำตัวประชาชน

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ.........................................นามสกุล....................................โทรศัพท์……………………...

**กรณีผู้แทนเป็นผู้ยื่น**

๑. (ผู้แทน) ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส........................................................นามสกุล.........................................................

อายุ...................ปี อยู่บ้านเลขที่...................หมู่ที่....................ซอย.............................ถนน...................................

ตำบล.......................อำเภอ...................................จังหวัด..................................โทรศัพท์.......................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

หมายเลขประจำตัวประชาชน

**ขอยื่นลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือฯ แทน**

นาย/นาง/น.ส.................................................................นามสกุล..........................................................................

อายุ...................ปี อยู่บ้านเลขที่...................หมู่ที่....................ซอย............................ถนน...................................

ตำบล.......................อำเภอ...................................จังหวัด..................................โทรศัพท์.......................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

หมายเลขประจำตัวประชาชน

เกี่ยวข้องเป็น...........................................................................................................................................................

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ........................................นามสกุล..................................โทรศัพท์……….………..………

ลงชื่อ........................................................ผู้รับรองกรณียื่นแทน

(....................................................)

ตำแหน่ง กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน หมู่..................

............/............................/..............

-2-

**ข้อมูลผู้ประสบปัญหา**

๒. 🗌 อาศัยอยู่กับครอบครัว จำนวนสมาชิก.............................คน

🗌 ไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัว

๓. อาชีพก่อนได้รับผลกระทบ.................................................รายได้เฉลี่ยต่อเดือน………………………………………บาท

อาชีพปัจจุบัน.....................................................................รายได้เฉลี่ยต่อเดือน............................................บาท

๔. ได้รับความเดือดร้อน/ผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 **(**โควิด - 19)

🗌 ถูกปิดสถานประกอบการ/ร้านค้า หรือไม่สามารถประกอบกิจการ/ร้านค้าได้ตามปกติ

🗌 ถูกเลิกจ้างจากนายจ้าง

🗌 ถูกพักงาน หรือลดเวลาการทำงานจากนายจ้าง ทำให้รายได้ลดลง

🗌 รายได้ลดลง เช่นขายของได้น้อยลง ร้านค้า/แผงลอยถูกปิด หรือไม่ปิดแต่ลูกค้าลดลง

🗌 เป็นเกษตรกรที่ได้รับผลกระทบ ทำให้รายได้ลดลง

🗌 รายได้ไม่พอรายจ่าย

🗌 เป็นครอบครัวผู้มีรายได้น้อย/ยากไร้ประสบภาวะความยากลำบากในการดำรงชีพ หรือมีเด็ก คนพิการ ผู้สูงอายุ

ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเรื้อรัง อยู่ในครอบครัว

🗌 อื่นๆ โปรดระบุ....................................................................................................................................................

๕. ข้าฯ หรือคนในครอบครัวได้รับการช่วยเหลือด้านอื่น ๆ จากหน่วยงานภาครัฐในกรณีได้รับความเดือดร้อน/

ผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 **(**โควิด -19)

🗌 ได้รับความช่วยเหลือ ระบุชื่อหน่วยงาน..............................................................................................................

สิ่งที่ได้รับความช่วยเหลือ ระบุ...........................................................................................................................

🗌 ไม่ได้รับความช่วยเหลือ

๖. ขอรับการช่วยเหลือด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจาก

🗌 ไม่สามารถประกอบกิจการได้ตามปกติ

🗌 ไม่มีรายได้หรือรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ

🗌 มีภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัวที่ต้องดูแลและเลี้ยงดูบุคคลในครอบครัว

🗌 อื่น ๆ ระบุ...................................................................................................................................................

-3-

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลข้างต้นนั้นเป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าเป็นตัวแทนของครอบครัว ในการรับความช่วยเหลือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(ลงชื่อ).......................................................ผู้ยื่นคำขอลงทะเบียน

(...................................................)

............/............................/..............

(ลงชื่อ)........................................................ผู้รับรองข้อมูล

(....................................................)

ตำแหน่ง กำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน / อสม.

............/............................/..............

(ลงชื่อ)...................................................เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

(...............................................)

ตำแหน่ง.............................................................

............/............................/..............