

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน (กรณีร้องขอด้วยตนเอง)

ขององค์การบริหารส่วนตำบลแก่งเลี่ยน อำเภอมืองกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี

คำชี้แจง : ตามประกาศ อบต.แก่งเลี่ยน เรื่อง หลักเกณฑ์การพิจารณาขอรับความช่วยเหลือของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) ลงวันที่ ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๔

๑. ข้อมูล ชื่อ - สกุล (โปรดระบุ นาย/นาง/นางสาว)
.....

๒. เพศ

☐ ชาย ☐ หญิง

๓. อายุ

☐ ต่ำกว่า ๑๘ ปี ☐ ๑๘ - ๓๕ ปี
☐ ๓๖ - ๖๐ ปี ☐ ๖๐ ปีขึ้นไป

๔. หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน
.....

๕. ที่อยู่อาศัยจริงในปัจจุบัน

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัดกาญจนบุรี

๖. หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้
.....

๗. สถานภาพการสมรส

☐ โสด

☐ สมรส / ☐ อยู่ด้วยกัน ☐ แยกกันอยู่

☐ หย่าร้าง

๘. จำนวนบุตร ชาย จำนวน.....อายุ.....

หญิง จำนวน.....อายุ.....

๙. รายละเอียดข้อมูลด้านอาชีพ โปรดเลือกข้อมูล

ที่ตรงกับท่าน อาชีพของท่าน

☐ ลูกจ้าง

☐ รับจ้างทั่วไป

☐ ค้าขาย/หาบเร่/แผงลอย

☐ เจ้าของกิจการ

☐ พนักงานบริการ

☐ อาชีพอิสระ

☐ อื่นๆ (ถ้ามี) ระบุ.....

๑๐. โปรดระบุสถานที่ตั้ง สถานที่ทำงาน สถานที่ประกอบอาชีพของท่าน

☐ มีนายจ้าง

☐ ไม่มีอาชีพ

ชื่อสถานประกอบการ.....

เลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

๑๑. ครีวเรือนท่านมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

☐ น้อยกว่า ๓,๐๐๐ บาท

☐ ๓,๐๐๐- ๕,๕๐๐

☐ ๕,๕๐๑-๗,๕๐๐

☐ ๗,๕๐๑ - ๑๐,๐๐๐

☐ ๑๐,๐๐๑-๑๒,๕๐๐

☐ ๑๒,๕๐๑-๑๕,๐๐๐

☐ ๑๕,๐๐๑ - ๒๐,๐๐๐

☐ มากกว่า ๒๐,๐๐๐

๑๒. จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่จริง

☐ ๑ คน ☐ ๒-๕ คน ☐ ๖ คนขึ้นไป

๑๓. ในครอบครัวท่านมีผู้ที่ทำงานหารายได้เป็นของตนเองรวมตัวท่าน

☐ ไม่มี

☐ ตัวท่านเองเพียงคนเดียว

☐ ๒ - ๓ คน

☐ ๔ คนขึ้นไป

โปรดระบุรายได้บุคคลอื่นที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนของท่าน เช่น คู่สมรส บุตร เป็นต้น
.....

๑๔. ในครอบครัวท่านมีผู้พิการที่ท่านต้องดูแลหรือไม่ มีให้ระบุ

☐ มี ระบุ.....

☐ ไม่มี

๑๕. ในครอบครัวท่านมีผู้สูงอายุที่ท่านต้องดูแลหรือไม่ มีให้ระบุ

☐ มี ระบุ.....

☐ ไม่มี

๑๖. ปัญหาความเดือดร้อนของท่านปัจจุบัน

๑๖.๑ ด้านสุขภาพอนามัยบุคคลในครอบครัว

☐ หลงลืมโรคชรา

☐ ป่วยเป็นโรคร้ายแรง

☐ เจ็บป่วยเรื้อรัง

☐ ผู้ป่วยทางจิต

☐ โรคซึมเศร้า

☐ ผู้ป่วยติดเตียง

☐ ได้รับผลกระทบจากโรคติดต่อเรื้อรัง

☐ กลุ่มเสี่ยง (ผู้กักตัว ๑๔ วัน)

☐ อื่นๆ ระบุ.....

๑๖.๒ ด้านการมีงานทำ และมีรายได้

☐ ถูกเลิกจ้าง/ว่างงาน

โปรดระบุชื่อสถานประกอบการ.....

ที่ตั้งเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

☐ รายได้ไม่พอใช้จ่าย

☐ ไม่มีงานทำ

☐ ไม่มีทุนประกอบอาชีพ

☐ รายได้ไม่แน่นอน

☐ อื่นๆ ระบุ.....

<p>๑๖.๓ ด้านครอบครัว</p> <p><input type="checkbox"/> อยู่ตามลำพังไม่มีผู้ดูแล และมีปัญหาในการดำรงชีวิต</p> <p><input type="checkbox"/> ครอบครัวมีหนี้สิน</p> <p><input type="checkbox"/> ครอบครัวมีการเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา เช่น ผู้ติดเชื่อโรครุนแรง เรื้อรัง</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้อุปการะมีฐานะยากจน/ขาดแคลน</p> <p><input type="checkbox"/> ครอบครัวยากจน</p> <p>๑๖.๔ ด้านสถานที่ทำงาน สถานประกอบการอาชีพ</p> <p><input type="checkbox"/> สถานที่ทำงาน/สถานที่ประกอบการ/สถานประกอบอาชีพถูกสั่งปิด</p> <p><input type="checkbox"/> นายจ้าง/สถานประกอบการปิดตัวเองหรือถูกเลิกจ้างงานเพราะผลประกอบการไม่ดี</p> <p><input type="checkbox"/> ลาออกจากงานหรือปิดกิจการเองด้วยสาเหตุอื่นๆ</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....</p> <p>.....</p> <p>๑๗. โปรดระบุความต้องการความช่วยเหลือ</p> <p><input type="checkbox"/> เครื่องอุปโภคบริโภค</p> <p><input type="checkbox"/> อุปกรณ์ป้องกันโรค เช่น เจลล้างมือ, หน้ากาก</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....</p> <p>.....</p> <p>๑๘. กลุ่มที่ช่วยเหลือ</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้ถูกกักกันตัว</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้อาศัยในพื้นที่ที่มีคำสั่งปิดการเข้า - ออก</p> <p><input type="checkbox"/> คนยากจน ตามเกณฑ์ จปฐ. (รายได้ต่ำกว่า ๓๘,๐๐๐ บาทต่อปี) หรือบุคคลที่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ</p> <p><input type="checkbox"/> คนพิการ ผู้ป่วยติดเตียง</p> <p><input type="checkbox"/> ลูกจ้างที่ได้รับผลกระทบจากการที่สถานประกอบการมีคำสั่งให้หยุดประกอบกิจการ</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้ว่างงานที่ถูกบอกให้เลิกจ้าง</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....</p> <p>.....</p>	<p>๑๙. เอกสารประกอบการลงทะเบียน</p> <p><input type="checkbox"/> หลักฐานสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ (รับรองสำเนาถูกต้อง)</p> <p><input type="checkbox"/> หลักฐานสำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ</p> <p><input type="checkbox"/> หนังสือรับรองการปฏิบัติงานของนายจ้าง (ถ้ามี)</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....</p> <p>.....</p> <p>๒๐. <input type="checkbox"/> ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้ระงับการช่วยเหลือ และประโยชน์อื่นๆที่จะได้รับ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสาร เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าพเจ้าและครอบครัว</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ (.....)</p> <p>วันที่.....</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้รับรอง (.....)</p> <p>วันที่.....</p>
--	---

องค์การบริหารส่วนตำบลแก่งเสี้ยน

โทรศัพท์ ๐๓๔ - ๕๑๐๗๙๗

โทรสาร ๐๓๔ - ๕๑๐๕๒๔