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

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

**แบบลงทะเบียน**

**ขอรับความช่วยเหลือของประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น**

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

 **ชื่ออปท.** ...................................อำเภอ..............................จังหวัด...................................

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

๑. (หัวหน้าครอบครัวหรือผู้แทน)ข้าพเจ้า .............................................................. ....นามสกุล.................................

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

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

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

 หมายเลขประจำตัวประชาชน

 บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ..........................................สกุล...................................โทรศัพท์……………………………

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

 🗌 ไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัว

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

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

๔. ได้รับความเดือดร้อน/ผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019(COVID-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. ข้าฯหรือคนในครอบครัวได้รับการช่วยเหลือด้านอื่นๆจากหน่วยงานภาครัฐในกรณีได้รับความเดือดร้อน/

 ผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019(COVID-19)

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

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

🗌 ไม่ได้รับความช่วยเหลือ

-๒-

๖. ขอรับการช่วยเหลือด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจาก

🗌ไม่สามารถประกอบกิจการได้ตามปกติ

🗌 ไม่มีรายได้หรือรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ

🗌 มีภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัวที่ต้องดูแลและเลี้ยงดูบุคคลในครอบครัว

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

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลข้างต้นนั้นเป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าเป็นตัวแทนของครอบครัวในการ รับความช่วยเหลือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

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

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

 หัวหน้าครอบครัวหรือผู้แทน

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

 (ลงชื่อ).............................................ผู้รับลงทะเบียน

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

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

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

เอกสารที่ต้องนำมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน/

หรือส่งผ่านช่องทางที่ อปท.กำหนด

🗌 บัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

🗌 ทะเบียนบ้าน/สำเนาทะเบียนบ้าน