



ฉบับที่ ๑๑๕ / ๒๕๖๙

ประกาศเทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์

เรื่อง การลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์

ด้วยกระทรวงมหาดไทยได้ออกระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ ประกอบหนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๐๘.๒/ว๕๙๑๑ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖ เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติการช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖

เทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์ ขอให้ประชาชนผู้อาศัยในเขตเทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์ ซึ่งเป็นผู้ได้รับความเดือดร้อน หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำรงชีพ อันเนื่องมาจากประสบเหตุด้านสาธารณสุข ด้านส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านการให้ความช่วยเหลือเกษตรกรผู้มีรายได้น้อย ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ และด้านอื่นๆ โดยให้มาลงทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือได้ตามช่องทาง ดังนี้

๑. มายื่นลงทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือด้วยตนเอง หรือหากไม่สามารถมายื่นลงทะเบียนด้วยตนเองได้ สามารถมอบหมายให้บุคคลอื่น มาดำเนินการยื่นลงทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือแทนได้ พร้อมด้วยเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง ณ ศูนย์ช่วยเหลือประชาชนเทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์ ในวันเวลาราชการตามแบบฟอร์มแนบท้ายประกาศนี้

๒. ขอความช่วยเหลือผ่านช่องทางไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๔๓๔๖-๓๑๐๑ หรือไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ที่ saraban@ khoksungsumpan.go.th หรือเว็บไซต์ของเทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์ <https://www.khoksungsumpan.go.th>

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

(ลงชื่อ)

(นายวิสันต์ สิงห์แก้ว)

นายกเทศมนตรีตำบลโคกสูงสัมพันธ์



แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน
(กรณีร้องขอด้วยตนเอง)

เทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล.....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

หมายเลขประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....เบอร์ติดต่อ.....

มีความประสงค์ขอให้ เทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์ ดำเนินการช่วยเหลือ ดังนี้

๑. ประเภทการช่วยเหลือ

๑.๑ ด้านสาธารณสุข (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น).....

๑.๒ ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)

๑.๓ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น).....

๑.๔ ด้านอื่นๆ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น).....

๒. ข้าพเจ้าขอความช่วยเหลือ (ระบุความต้องการ/สิ่งที่ขอความช่วยเหลือ)

.....
.....
.....
.....
.....

๓. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาแล้ว จำนวน ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ
(.....)



แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน
(กรณีร้องขอด้วยผู้แทน)

ชื่อ อปท. อำเภอ..... จังหวัด.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล.....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

หมายเลขประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....เบอร์ติดต่อ.....

มีความประสงค์ขอให้ เทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์ ดำเนินการช่วยเหลือ..... ดังนี้

๑. ประเภทการช่วยเหลือ

๑.๑ ด้านสาธารณสุข (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น).....

๑.๒ ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)

๑.๓ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น).....

๑.๔ ด้านอื่นๆ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น).....

๒. ข้าพเจ้าขอความช่วยเหลือ (ระบุความต้องการ/สิ่งที่ขอความช่วยเหลือ)

.....
.....
.....
.....
.....

๓. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาแล้ว จำนวน ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ
(.....)



ข้อมูลประกอบแบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือ

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
ประกอบอาชีพ.....รายได้.....บาทต่อวัน
รายได้.....บาท/เดือน

๒. จำนวนบุคคลในครอบครัว คน ดังนี้

๑.	อายุ.....	ปี	อาชีพ.....	รายได้.....
๒.	อายุ.....	ปี	อาชีพ.....	รายได้.....
๓.	อายุ.....	ปี	อาชีพ.....	รายได้.....
๔.	อายุ.....	ปี	อาชีพ.....	รายได้.....
๕.	อายุ.....	ปี	อาชีพ.....	รายได้.....
๖.	อายุ.....	ปี	อาชีพ.....	รายได้.....
๗.	อายุ.....	ปี	อาชีพ.....	รายได้.....
๘.	อายุ.....	ปี	อาชีพ.....	รายได้.....
๙.	อายุ.....	ปี	อาชีพ.....	รายได้.....
๑๐.	อายุ.....	ปี	อาชีพ.....	รายได้.....

๓). ผู้ยื่นในฐาน.....

๔). ข้อมูลปัญหา (ได้รับผลกระทบ/ความเดือดร้อน)

ถูกกักตัวเฝ้าสังเกตอาการตามมาตรการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID - ๑๙)

อื่นๆ.....

๕). เคยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ

ไม่เคย

เคย ระบุ.....

๖). ความต้องการรับความช่วยเหลือ

๖.๑.....

๖.๒.....

๖.๓.....

๖.๔.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นจริงทุกประการ จงลงลายมือชื่อเพื่อขอรับการช่วยเหลือ
จากเทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับความช่วยเหลือ

(.....)

วันที่.....