



แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิต
กรณีได้รับผลกระทบจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)
องค์การบริหารส่วนตำบลยั้งทะลาย อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี

วันที่.....เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี โทรศัพท์.....
หมายเลขประจำตัวประชาชน - - - -
กรณีลงทะเบียนแทน เจ้าบ้านชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....

๒. สิทธิจากรัฐ บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ไม่มีสิทธิจากรัฐ อื่นๆ

๓. รายละเอียดข้อมูลด้านการประกอบอาชีพ

- ลูกจ้าง รับจ้างทั่วไป (โปรดระบุ).....
 ค้าขาย/หาบเร่/แผงลอย เจ้าของกิจการ
 พนักงานบริการ อาชีพอิสระ (โปรดระบุ).....
 อื่นๆ (ถ้ามี) โปรดระบุ.....

ชื่อสถานประกอบการ.....เลขที่.....หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทร.....

รายได้ต่อเดือน.....บาท กรณีรับจ้างรายวัน รายได้วันละ บาท

๔. ข้อมูลสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยตามสำเนาทะเบียนบ้าน มีจำนวนคน

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	เลขประจำตัวประชาชน	อายุ (ปี)	อาชีพ	รายได้/เดือน/วัน (บาท)

๕. ข้าพเจ้าได้รับผลกระทบจากประกาศจังหวัดสุพรรณบุรีหรือมาตรการของรัฐบาลในการแก้ไขปัญหาโควิด-๑๙
(เลือกได้เพียงข้อเดียว)

- ผู้ประกอบกิจการในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลยั้งทะลาย
 พนักงานหรือลูกจ้างในสถานประกอบการซึ่งถูกเลิกจ้าง/ตักงาน ถูกพักงาน หรือลดเวลาทำงาน
 ผู้ยากไร้/ยากจน ผู้ได้รับสวัสดิการแห่งรัฐ กลุ่มเปราะบางทางสังคม ประกอบอาชีพด้วยความยากลำบาก
 ผู้พิการหรือทุพพลภาพ
 อื่นๆ (โปรดระบุ)

/ข้าพเจ้า...

๖. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ในการขอรับการช่วยเหลือจากองค์การบริหารส่วนตำบลยั้งทะเลตามหลักเกณฑ์ที่องค์การบริหารส่วนตำบลฯ กำหนด ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีความต้องการให้ช่วยเหลือในเรื่อง

เครื่องอุปโภค - บริโภค อื่นๆ (โปรดระบุ)

๗. เอกสารหลักฐานที่ใช้ประกอบการลงทะเบียนขอรับการช่วยเหลือ จำนวน.....รายการ ดังนี้

- สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรคนพิการ (กรณีผู้พิการหรือทุพพลภาพ) จำนวน ๑ ฉบับ
- ภาพถ่ายครัวเรือนของผู้ลงทะเบียน จำนวน ๑ ภาพ

ข้าพเจ้าขอรับรองตนเองว่าไม่เป็นผู้ขาดคุณสมบัติดังกล่าวข้างต้น หากมีการตรวจสอบภายหลังจากประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือ พบว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง ข้าพเจ้ายินดีให้ตัดสิทธิการช่วยเหลือ และยินดีรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเสียหายตามมูลค่าที่ได้รับจากองค์การบริหารส่วนตำบลยั้งทะเล

ข้าพเจ้าได้อ่าน รับทราบ เข้าใจในข้อมูลตลอดจนเงื่อนไขข้างต้นทุกประการ และรับรองว่าเป็นข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน เป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ) ผู้ขอรับการช่วยเหลือ
(.....)

(ลงชื่อ) ผู้รับลงทะเบียน/สำรวจ
(.....)

(ลงชื่อ) ผู้รับรอง(ผู้ปกครองท้องที่/ผู้ช่วย)
(.....)

(ลงชื่อ) ผู้รับรอง (สมาชิก อบต.)
(.....)