



ประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลคลองวาฬ
เรื่อง การรับลงทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙

อาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติสภาพัฒนาการและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. ๒๕๓๗ แก้ไขเพิ่มเติมถึง ฉบับที่ ๗ พ.ศ. ๒๕๖๗ มาตรา ๖๗ (๖) ได้กำหนดให้องค์การบริหารส่วนตำบลมีอำนาจหน้าที่ในการส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๒ แก้ไขเพิ่มเติมถึงฉบับที่ ๒ พ.ศ.๒๕๔๙ มาตรา ๑๖ (๑๐) การสงเคราะห์และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส และตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ หมวด ๔ การให้ความช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต ข้อ ๑๓ (ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต) ประกอบกับหนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๐๘.๒/ว ๔๒๘ ลงวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๖ เรื่อง ชักซ้อมแนวทางการปฏิบัติการช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต

ดังนั้น เพื่อให้การช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ได้รับความเดือดร้อน เป็นไปด้วยความเรียบร้อยทันต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นขององค์การบริหารส่วนตำบลคลองวาฬ จึงขอประกาศให้ประชาชนผู้ประสบปัญหาความเดือดร้อน ที่มีคุณสมบัติตามประกาศดังต่อไปนี้และประสงค์ขอรับความช่วยเหลือยื่นลงทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือ โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือด้านคุณภาพชีวิต ได้แก่

๑.๑ มีสัญชาติไทย

๑.๒ มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลคลองวาฬ ตามทะเบียนบ้าน

๑.๓ เป็นหัวหน้าครอบครัวหรือครอบครัวที่ประสบความเดือดร้อน

๒. หลักเกณฑ์การช่วยเหลือด้านคุณภาพชีวิต

๒.๑ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติตาม ข้อ ๑

๒.๒ การให้ความช่วยเหลือเป็นไปตามหลักเกณฑ์การช่วยเหลือด้านคุณภาพชีวิต

และมีความจำเป็นเร่งด่วน

๓. เอกสารหลักฐานการขอรับการช่วยเหลือ

๓.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๒ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ (ถ้ามี)

๓.๓ เอกสารประกอบข้อมูลปัญหาความเดือดร้อน เช่น รายการแสดงข้อมูลรายได้ หนังสือแสดงหนี้สิน (ถ้ามี) ใบเสร็จค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาพยาบาล (ถ้ามี) จำนวน ๑ ชุด

/๔. ขั้นตอนการ...

๔. ขั้นตอนการยื่นคำขอการช่วยเหลือด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต

๔.๑ ประชาชนที่มีคุณสมบัติ สามารถขอรับความช่วยเหลือต่อองค์การบริหารส่วนตำบลคลองวาฬ โดยยื่นแบบรับลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือประชาชนด้วยตนเองหรือผู้แทน ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลคลองวาฬ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป ในวันและเวลาราชการ

๔.๒ ท่านสามารถติดต่อขอแบบรับลงทะเบียนได้ ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลคลองวาฬหรือสามารถดาวน์โหลดแบบลงทะเบียนได้ที่ เว็บไซต์ Website : <http://www.klongwan.go.th/> หรือ Facebook : องค์การบริหารส่วนตำบลคลองวาฬ

โดยสามารถยื่นแบบรับลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือประชาชนได้ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙ ในวันและเวลาราชการ เป็นต้นไป

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘



(นายสมชาย ปี่แก้ว)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลคลองวาฬ

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน

(กรณีร้องขอด้วยตนเอง)

ชื่อ อ.ป.ท. อำเภอ..... จังหวัด.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่..... ซอย..... ถนนตำบล.....

อำเภอ จังหวัด โทรศัพท์

หมายเลขประจำตัวประชาชน

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

มีความประสงค์ขอให้ (หน่วยงาน)ดำเนินการช่วยเหลือ ดังนี้

๑. ประเภทการช่วยเหลือ

๑.๑ ด้านสาธารณสุข (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)

๑.๒ ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)

๑.๓ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)

๑.๔ ด้านอื่น ๆ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)

๒. ข้าพเจ้าจึงขอความช่วยเหลือ (ระบุความต้องการ/สิ่งที่ขอความช่วยเหลือ)

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

๓. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาด้วยแล้ว จำนวน.....ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(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)..... สกุล.....เบอร์ติดต่อ.....

มีความประสงค์ขอให้ (หน่วยงาน).....ดำเนินการช่วยเหลือ.....(ชื่อผู้รับความช่วยเหลือ)..... ดังนี้

๑. ประเภทการช่วยเหลือ

๑.๑ ด้านสาธารณสุข (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)

๑.๒ ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)

๑.๓ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)

๑.๔ ด้านอื่น ๆ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)

๒. ข้าพเจ้าจึงขอความช่วยเหลือ (ระบุความต้องการ/สิ่งที่ขอความช่วยเหลือ)

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

๓. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาแล้ว จำนวน.....ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ)เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

(.....)