

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน

(กรณีร้องขอด้วยตนเอง)

ชื่อ อปท. 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)..... สกุล.....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

(.....)

(รหัส.....)

ข้าพเจ้า (ผู้แจ้ง)..... เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ตามบัตรประชาชน เลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล

จังหวัด โทรศัพท์ เกี่ยวข้องเป็น กับผู้ประสบภัย

[illegible]

๗. ความเดือดร้อนเสียหายจากภัยพิบัติ และการพิจารณาช่วยเหลือ (ให้ใส่วงเงินมูลค่าความเสียหายให้ครบถ้วน)

รายการ (เป็นการช่วยเหลือตามระเบียบกระทรวงการคลังฯ เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนเบื้องต้น ไม่ใช้การชดเชยค่าเสียหาย)	ผู้ประสบภัยแจ้ง ค่าเสียหาย (บาท)	เจ้าหน้าที่ พิจารณา ช่วยเหลือ
๗.๑ เครื่องครัว ได้แก่		
๗.๒ บ้านที่อยู่ประจำเสียหาย (.....) ทั้งหมด (.....) บางส่วน ได้แก่.....		
๗.๓ ยุ้งข้าว / คอกสัตว์ / โรงเรือนเลี้ยงสัตว์ (.....) ทั้งหมด (.....) บางส่วน ได้แก่.....		
๒.....		
๓.....		
๔.....		
๕.....		
๗.๔ อุปกรณ์แสงสว่าง.....		
๗.๕ เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม (.....) เสียหายทั้งหมด.....คน (.....) เสียหายบางส่วน.....คน		
๗.๖ ชุดนักเรียน (.....) เสียหายทั้งหมด.....คน (.....) เสียหายบางส่วน.....คน	ไม่มี	
๗.๗ เครื่องนอน (.....) เสียหายทั้งหมด.....คน (.....) เสียหายบางส่วน.....คน	ไม่มี	
๗.๘ เครื่องใช้ในครัวประจำวัน.....	ไม่มี	
๗.๙ เครื่องมือประกอบอาชีพ ได้แก่		
๗.๑๐ บาดเจ็บ คน (.....) นอนโรงพยาบาล.....วัน คน (.....) พิการ คน		
๗.๑๑ เงินปลอบขวัญ		
๗.๑๒ เสียชีวิต (.....) เป็นหัวหน้าครอบครัว (.....) ไม่เป็นหัวหน้าครอบครัว..... คน		
๗.๑๓ อื่น ๆ ได้แก่.....		
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น		

๘. บันทึกเพิ่มเติม

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้แจ้ง
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง
(.....)

ผู้รับรอง : กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน หรือปลัดอำเภอ/อบต. หรือนายกฯ /รอง

(ลงชื่อ).....ผู้สอบข้อเท็จจริง
(.....)
ตำแหน่ง.....