



ประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลคลองวาฬ
เรื่อง การรับลงทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือด้านสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘

อาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. ๒๕๓๗ แก้ไขเพิ่มเติมถึง ฉบับที่ ๗ พ.ศ. ๒๕๖๗ มาตรา ๖๗ ภายใต้บังคับแห่งกฎหมาย องค์การบริหารส่วนตำบล มีหน้าที่ต้องทำในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล (๔)ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ประกอบกับ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๖ และหนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๐๘.๒/ว๕๙๑๑ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการปฏิบัติการช่วยเหลือประชาชนตามระเบียบ กระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๖

ดังนั้น เพื่อให้การช่วยเหลือประชาชนด้านสาธารณสุขที่ได้รับความเดือดร้อน เป็นไปด้วยความเรียบร้อยทันต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นองค์การบริหารส่วนตำบลคลองวาฬ จึงขอประกาศให้ประชาชน ผู้ประสบปัญหาความเดือดร้อน ที่มีคุณสมบัติตามประกาศดังต่อไปนี้และประสงค์ขอรับความช่วยเหลือ ยื่นลงทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือ โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือ ได้แก่

๑.๑ มีสัญชาติไทย

๑.๒ มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลคลองวาฬ ตามทะเบียนบ้าน

๑.๓ เป็นหัวหน้าครอบครัวหรือเป็นบุคคลในครอบครัวที่ประสบความเดือดร้อน

๒. หลักเกณฑ์การช่วยเหลือ

๒.๑ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติตาม ข้อ ๑

๒.๒ การให้ความช่วยเหลือเป็นไปตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่าย เพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๖ และตามหลักเกณฑ์ของ กระทรวงการคลัง

๓. เอกสารหลักฐานการขอรับการช่วยเหลือ

๓.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๒ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๓ เอกสารประกอบ (ภาพถ่าย) ที่ประสบภัย จำนวน ๑ ชุด

๔. ขั้นตอนการยื่นคำขอความช่วยเหลือ

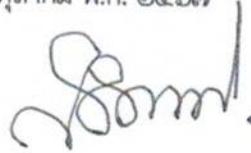
๔.๑ ประชาชนที่มีคุณสมบัติ สามารถขอรับความช่วยเหลือต่อองค์การบริหารส่วนตำบลคลองวาฬ โดยยื่นแบบรับลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือประชาชนด้วยตนเองหรือผู้แทน ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลคลองวาฬ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป ในวันและเวลาราชการ

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

โดยสามารถยื่นแบบรับลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือประชาชนได้ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘ ในวันและเวลาราชการ เป็นต้นไป

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗



(นายสมชาย ปีก้าว)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลคลองวาฬ

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน

(กรณีร้องขอด้วยตนเอง)

องค์การบริหารส่วนตำบลคลองวาฬ อำเภอเมืองฯ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

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)..... สกุ.....เบอร์ติดต่อ.....

มีความประสงค์ขอให้ องค์การบริหารส่วนตำบลคลองวาฬ 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)

องค์การบริหารส่วนตำบลคลองวาฬ อำเภอเมืองฯ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

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 องค์การบริหารส่วนตำบลคลองวาฬ ดำเนินการช่วยเหลือ

(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล..... 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

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า อายุ..... ปี

เชื้อชาติ สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่ ตรอก/ซอย.....

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

ปัจจุบันอาศัยอยู่ที่.....

ได้มอบอำนาจให้..... อายุ ปี

เชื้อชาติ สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่ ตรอก/ ซอย.....

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด.....หมายเลขโทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจ.....แทนข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการกระทำที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปนั้น ให้ถือเสมือนหนึ่งเป็นการกระทำ ของข้าพเจ้าและ เพื่อเป็นหลักฐานรับรองหนังสือฉบับนี้ ผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจต่างได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้า พยาน

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)