

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน

(กรณีร้องขอด้วยตนเอง)

ชื่อ อปท. อำเภอ..... จังหวัด.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....เบอร์ติดต่อ.....
มีความประสงค์ขอให้ (ชื่อหน่วยงาน).....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. ข้าพเจ้าจึงขอความช่วยเหลือ (ระบุความต้องการ/สิ่งที่ขอความช่วยเหลือ)

๓. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาแล้ว จำนวน.....ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ
(.....)

ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง (ลงชื่อ).....ผู้รับรอง
(.....) (.....)

ตำแหน่ง กำนัน/ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่.....

ตำแหน่ง สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลท่าค้อ

หมายเหตุ ๑. แบบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน, สำเนาทะเบียนบ้าน

๒. ผู้ป่วยติดเตียง, ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้, ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล แนบเอกสารเพิ่มเติมดังนี้.-

๒.๑ หนังสือรับรองผู้ป่วยจาก รพ.สต ในพื้นที่

๒.๒ สำเนาบัตรประจำตัวผู้ป่วย หรือเอกสารที่แสดงถึงการเป็นผู้ป่วย