



วันที่รับคำร้อง.....

เลขรับที่...../.....

แบบลงทะเบียน

ขอรับความช่วยเหลือของประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)

เทศบาลเมืองเพชรบุรี อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

๑. (หัวหน้าครอบครัวหรือผู้แทน)ข้าพเจ้านามสกุล.....
อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....ชุมชน.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

หมายเลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ.....สกุล.....โทรศัพท์.....

๒. อาศัยอยู่กับครอบครัว จำนวนสมาชิก.....คน

ไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัว

๓. อาชีพก่อนได้รับผลกระทบ.....รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

อาชีพปัจจุบัน.....รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

๔. ได้รับความเดือดร้อน/ผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)

ถูกกักตัวเฝ้าสังเกตอาการตามมาตรการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (Covid - ๑๙)

อื่นๆ โปรดระบุ.....

๕. ข้าพเจ้าหรือคนในครอบครัวได้รับการช่วยเหลือด้านอื่น ๆ จากหน่วยงานภาครัฐ ในกรณีได้รับความเดือดร้อน/
ผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)

ได้รับความช่วยเหลือ ระบุชื่อหน่วยงาน.....

สิ่งที่ได้รับความช่วยเหลือ ระบุ.....

ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลข้างต้นนั้นเป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าเป็นตัวแทนของครอบครัวในการ
รับความช่วยเหลือจากเทศบาลเมืองเพชรบุรี

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอลงทะเบียน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับลงทะเบียน

(.....)

ตำแหน่ง.....

...../...../.....

เอกสารที่ต้องนำมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

บัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

ทะเบียนบ้าน/สำเนาทะเบียนบ้าน