



## ประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลนครสวรรค์ออก

เรื่อง รับลงทะเบียนและประกาศคุณสมบัติผู้ได้รับความช่วยเหลือโดยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วยติดเตียง เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนจากสถานการณ์โรคติดต่อเชื้อไวรัส โควิด ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)

ด้วยสถานการณ์ปัจจุบัน โรคติดต่อเชื้อไวรัสโควิด ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ได้มีการแพร่ระบาด ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตของประชาชนเป็นวงกว้างทั่วทั้งประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อม องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้ทุกประเทศเพิ่มมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโลกให้สูงขึ้น สำหรับประเทศไทยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้ออกประกาศให้โรคติดต่อเชื้อไวรัสโควิด ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘ ประกอบคณะกรรมการโรคติดต่อ จังหวัดนครสวรรค์ เรื่อง มาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อเชื้อไวรัสโควิด ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) และคำสั่งจังหวัดนครสวรรค์ เรื่อง กำหนดมาตรการควบคุมและปิดสถานที่เสี่ยงต่อการติดต่อเชื้อไวรัสโควิด ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน มีรายได้ลดลง ประกอบอาชีพด้วยความยากลำบาก ไม่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขในสังคม

อาศัยอำนาจตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๖๑ ข้อ ๑๒ ประกอบกับหนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท๐๘๐๘.๒/ว๒๑๒๐ ลงวันที่ ๙ เมษายน ๒๕๖๓ เรื่อง ชักซ้อมแนวทางการใช้จ่ายงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อช่วยเหลือประชาชน กรณีโรคติดต่อเชื้อไวรัสโควิด ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) และหนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท๐๘๐๘.๒/ว๒๑๐๗ ลงวันที่ ๑๔ เมษายน ๒๕๖๓ เรื่อง ชักซ้อมแนวทางการให้ความช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต

องค์การบริหารส่วนตำบลนครสวรรค์ออก จึงได้ประกาศรับลงทะเบียนและประกาศคุณสมบัติผู้ได้รับความช่วยเหลือโดยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วยติดเตียง เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนจากสถานการณ์โรคติดต่อเชื้อไวรัส โควิด ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) **โดยการมอบถุงยังชีพ ๑ ถุง** เพื่อช่วยเหลือด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต แก่ประชาชนกลุ่มเปราะบาง ดังนี้

### คุณสมบัติผู้มีสิทธิลงทะเบียนและขอรับการช่วยเหลือ

๑. กลุ่มผู้สูงอายุ ต้องเป็นผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำเดือน พฤษภาคม ๒๕๖๔ องค์การบริหารส่วนตำบลนครสวรรค์ออก
๒. กลุ่มผู้พิการ ต้องเป็นผู้พิการที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการประจำเดือน พฤษภาคม ๒๕๖๔ องค์การบริหารส่วนตำบลนครสวรรค์ออก
๓. กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง (LTC) ต้องมีชื่ออยู่ในระบบบริการสาธารณสุขของกองสาธารณสุข สิ่งแวดล้อมองค์การบริหารส่วนตำบลนครสวรรค์ออก
๔. กรณีผู้สูงอายุ ผู้พิการ หรือผู้ป่วยติดเตียงเป็นบุคคลเดียวกัน สามารถรับสิทธิได้ ๑ สิทธิเท่านั้น

วิธีการขอรับความช่วยเหลือ

๑. สามารถลงชื่อตามแบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือกับเจ้าหน้าที่ ซึ่งจะมีเจ้าหน้าที่ลงพื้นที่ให้บริการถึงบ้านประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ตั้งแต่วันที่ ๒๕ - ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๖๔

๒. ผู้ยื่นลงทะเบียนต้องนำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน ยื่นแสดงต่อเจ้าหน้าที่ที่รับความช่วยเหลือตามแบบลงทะเบียนฯ

๓. ผู้ยื่นลงทะเบียนและผู้รับลงทะเบียนต้องสวมใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า และปฏิบัติตามวิธีการ SOCIAL DISTANCING การเว้นระยะห่างทางสังคมอย่างเคร่งครัด

ทั้งนี้ สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม/ขอรับแบบฟอร์มลงทะเบียนได้ที่งานพัฒนาชุมชน สำนักงานปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนครสวรรค์ออก หมายเลขโทรศัพท์ ๐๕๖-๒๑๗๘๖๓ ต่อ ๑๑

จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๔



(นายปัญญา เฉลียวชาติ)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนครสวรรค์ออก

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน

(กรณีร้องขอด้วยตนเอง)

องค์การบริหารส่วนตำบลนครสวรรค์ออก อำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์

วันที่.....เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล นครสวรรค์ออก อำเภอ เมืองนครสวรรค์ จังหวัด นครสวรรค์  
โทรศัพท์.....

หมายเลขประจำตัวประชาชน

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....

เบอร์ติดต่อ.....

มีความประสงค์ขอให้ องค์การบริหารส่วนตำบลนครสวรรค์ออก ช่วยเหลือ 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  
(.....)