



## ประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลวังม่วง

### เรื่อง การให้ความช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต ขององค์การบริหารส่วนตำบลวังม่วง กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19)

\*\*\*\*\*

ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกำหนดผู้ป่วยโรคติดเชื้อโรคติดต่ออันตราย ตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ประกาศ ณ วันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๕

องค์การบริหารส่วนตำบลวังม่วง ได้ให้ความสำคัญในการให้ความช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต กรณีการสงเคราะห์ครอบครัวผู้มีรายได้น้อย(ผู้ป่วยติดเชื้อ ฯ)ที่ประสบความเดือดร้อน โดยการจัดหาเครื่องอุปโภคบริโภคในลักษณะถุงยังชีพ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒)พ.ศ. ๒๕๖๑ ข้อ ๑๒ การให้ความช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต นอกจากกรณีการช่วยเหลือด้านสาธารณสุขฉุกเฉิน ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศให้ประชาชนผู้มีรายได้น้อย(ผู้ป่วยติดเชื้อ ฯ)ที่ประสงค์จะขอรับความช่วยเหลือ สามารถยื่นแบบลงทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเสนอคณะกรรมการตามข้อ ๙ และข้อ ๑๖ (๒) การช่วยเหลือด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยพิจารณาใช้จ่ายงบประมาณช่วยเหลือประชาชนตามหลักเกณฑ์ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยอนุโลม (ระเบียบกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการว่าด้วยการสงเคราะห์ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยและผู้ไร้ที่พึ่ง พ.ศ. ๒๕๕๒) ประกอบกับหนังสือกระทรวงมหาดไทยด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๐๘.๒/ว ๒๗๑๕ เรื่อง ชักซ้อมแนวทางการให้ความช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ลงวันที่ ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๓

ดังนั้น องค์การบริหารส่วนตำบลวังม่วง จึงขอประกาศให้ครอบครัวผู้มีรายได้น้อย (ผู้ป่วยติดเชื้อ ฯ) ที่ประสบความเดือดร้อนดังกล่าว สามารถให้ผู้แทนยื่นแบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือ (แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน กรณีร้องขอด้วยผู้แทน) ได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. (ในวันเวลาราชการ) ณ สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลวังม่วง”

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

(นายมานะชัย สุนันดา)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลวังม่วง

**๑. คุณสมบัติผู้มีสิทธิลงทะเบียน**

๑. มีสัญชาติไทย
  ๒. มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่ อบต.วังม่วง ณ วันที่ประกาศ
  ๓. ต้องเป็นครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ต่อคน ต่อปี อ้างอิงตามหลักเกณฑ์คู่มือการปฏิบัติงานโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
  ๔. ต้องเป็นครอบครัวที่ประสบความเดือดร้อน ตามนิยามของระเบียบกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ว่าด้วยการสงเคราะห์ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยและผู้ไร้ที่พึ่ง พ.ศ. ๒๕๕๒ ข้อ ๔ “ครอบครัวที่ประสบความเดือดร้อน” หมายความว่าครอบครัวผู้มีรายได้น้อยที่ประสบความเดือดร้อน เพราะสาเหตุหัวหน้าครอบครัว (๔.๔) ประสบภาวะยากลำบากในการดำรงชีพ
- โดยเป็นผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ดังต่อไปนี้
- ๔.๑ เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในสถานประกอบการ ซึ่งถูกเลิกจ้าง ถูกพักงาน หรือลดเวลาการทำงาน ทำให้ไม่ได้รับค่าจ้าง หรือได้รับค่าจ้างลดลง ส่งผลให้ขาดรายได้ หรือรายได้ลดลง ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีพ
  - ๔.๒ เป็นผู้ฐานะยากจน ด้อยโอกาส ประกอบอาชีพด้วยความยากลำบาก จากการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้ประสบปัญหาในการดำรงชีพ
๕. ต้องไม่เป็นผู้บริหารท้องถิ่น สมาชิกสภาท้องถิ่น ข้าราชการ พนักงานส่วนตำบล พนักงานจ้าง ผู้รับบำนาญจากหน่วยงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ นักพรต นักบวช
  ๖. มีใบรับรองแพทย์ / ใบความเห็นแพทย์ ระบุผลตรวจโควิดเป็นบวก
  ๗. ต้องรักษาตัวเองโดยวิธีดูแลตัวเองที่บ้าน (Home Isolation)
  ๘. ต้องยังอยู่ในระยะเวลากักตัว (ยังไม่พ้นกำหนดกักตัว หรือเหลือวันกักตัวไม่น้อยกว่า ๕ วัน)

**๒. เอกสารประกอบการยื่นแบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน (กรณีร้องขอด้วยผู้แทน)**

๑. แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน (กรณีร้องขอด้วยผู้แทน)
๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ยื่นแบบลงทะเบียนแทน
๓. สำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน ผู้ประสบความเดือดร้อน
๔. สำเนาใบรับรองแพทย์ / ใบความเห็นแพทย์

**๓. ผู้แทนต้องลงชื่อรับรองสำเนาเอกสารที่ยื่นทุกฉบับ**

**๔. ผู้แทนที่สามารถยื่นเอกสารได้**

- ๑.ญาติของผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อ ฯ หรือสัมผัสผู้ป่วย
๒. ผู้นำชุมชน / กำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน / ส.อบต. / อสม. / นวก.สาธารณสุข ฯ

**๕. วิธีการยื่นแบบลงทะเบียน**

- ๕.๑ ให้ผู้แทนนำเอกสารทั้งหมดในข้อ ๒ ที่กรอกรายละเอียดเรียบร้อยแล้ว พร้อมรับรองความถูกต้องของเอกสาร ยื่นต่อเจ้าหน้าที่ ณ ห้องสำนักงาน อบต.วังม่วง โดยในแบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน (กรณีร้องขอด้วยผู้แทน) ต้องมีผู้รับรองจำนวน ๓ คน ซึ่งเป็น ผู้นำชุมชน / กำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน / ส.อบต. / อสม. / นวก.สาธารณสุข ฯ รับรองความถูกต้องและยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัวที่ได้รับความเดือดร้อนและมีรายได้น้อยจริงตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด
- ๕.๒ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร เมื่อถูกต้องครบถ้วน นำเสนอคณะกรรมการศูนย์ช่วยเหลือประชาชน ฯ ในที่ประชุมเพื่อพิจารณาอนุมัติ
- ๕.๔ เจ้าหน้าที่ดำเนินการตามมติที่ประชุมคณะกรรมการศูนย์ช่วยเหลือประชาชน ฯ ต่อไป

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน

(กรณีร้องขอด้วยผู้แทน)

องค์การบริหารส่วนตำบลวังม่วง อำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี

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).....เบอร์ติดต่อ.....

มีความประสงค์ขอให้ องค์การบริหารส่วนตำบลวังม่วง ดำเนินการช่วยเหลือ (ผู้ขอรับการช่วยเหลือ)

.....ตั้งนี้

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  
(.....)

## แบบสอบถามข้อเท็จจริง

กรณี Covid - ๑๙ วัน/เดือน/ปี

การช่วยเหลือ

๑. ชื่อ อายุ ปี เบอร์โทรศัพท์

อาชีพ รายได้ บาท/เดือน/วัน

ที่ทำงาน

เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน

๒. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

๓. ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ที่อยู่เดียวกับทะเบียนบ้าน

ที่อยู่อื่น เลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

๔. สมาชิกในครอบครัว คน

| ที่ | ชื่อ - สกุล | อายุ | เกี่ยวข้องเป็น | อาชีพ | รายได้<br>ต่อวัน/เดือน | หมายเหตุ |
|-----|-------------|------|----------------|-------|------------------------|----------|
| ๑   |             |      |                |       |                        |          |
| ๒   |             |      |                |       |                        |          |
| ๓   |             |      |                |       |                        |          |
| ๔   |             |      |                |       |                        |          |
| ๕   |             |      |                |       |                        |          |
| ๖   |             |      |                |       |                        |          |
| ๗   |             |      |                |       |                        |          |
| ๘   |             |      |                |       |                        |          |
| ๙   |             |      |                |       |                        |          |
| ๑๐  |             |      |                |       |                        |          |
| ๑๑  |             |      |                |       |                        |          |
| ๑๒  |             |      |                |       |                        |          |
| ๑๓  |             |      |                |       |                        |          |
| ๑๔  |             |      |                |       |                        |          |

๕. รายได้ทั้งครอบครัว.....บาท / ปี / เดือน

๖. ข้อมูลอื่น ๆ เพิ่มเติม.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....  
(.....)

ผู้ยื่นขอรับความช่วยเหลือ / ผู้แทน

(ลงชื่อ).....  
(.....)

ผู้รับรอง

ผู้นำชุมชน / กำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน /  
ส.อบต. / อสม. / นวก.สาธารณสุข ฯ

(ลงชื่อ).....  
(.....)

ผู้รับรอง

ผู้นำชุมชน / กำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน /  
ส.อบต. / อสม. / นวก.สาธารณสุข ฯ

(ลงชื่อ).....  
(.....)

ผู้รับรอง

ผู้นำชุมชน / กำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน /  
ส.อบต. / อสม. / นวก.สาธารณสุข ฯ