

- สำนักปลัดเทศบาล
- กองคลัง
- กองช่าง/กิจการประปา
- กองการศึกษา
- กองสาธารณสุข

วิมลวรรณ
 พ

สำนักปลัดเทศบาล
 เลขที่รับ 1158
 วันที่ ๒๒ มิ.ย. ๒๕๖๔
 16-074

เทศบาลตำบลปรุใหญ่
 เลขที่รับ 1658
 วันที่ ๒๒ มิ.ย. ๒๕๖๔
 เวลา 16-074



ที่ นม ๕๑๐๑๑.๑/๒๒๕๐

องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา
 อาคาร ๘๐ ปี วัดสุทธจินดาวิหาร
 ถนนราชดำเนิน นม ๓๐๐๐๐

๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๔

เรื่อง แจ้งประชาสัมพันธ์การช่วยเหลือประชาชนด้านส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต
 เรียน นายกองคกรปกครองส่วนท้องถิ่น ทุกแห่งในเขตพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา
 อ้างถึง ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กร
 ปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖

- | | | |
|------------------|----------------------------------|-------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. ประกาศการช่วยเหลือประชาชนฯ | จำนวน ๑ ชุด |
| | ๒. แบบลงทะเบียนให้ความช่วยเหลือฯ | จำนวน ๑ ชุด |

ด้วยองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา จะดำเนินโครงการช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริม
 และพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความช่วยเหลือ
 และบรรเทาความเดือดร้อนเบื้องต้นให้กับคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส กลุ่มเปราะบาง ได้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น
 และเพื่อสร้างขวัญกำลังใจให้กับคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาสที่อยู่ในสภาวะยากลำบากในการดำรงชีพ
 เข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานของรัฐ โดยมีกลุ่มเป้าหมายที่เป็นคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส ในเขตพื้นที่จังหวัด
 นครราชสีมา ครอบคลุม ๓๒ อำเภอ จำนวน ๓๒๕ คริวเรือน

เพื่อให้การดำเนินโครงการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา
 จึงขอความอนุเคราะห์ท่านประชาสัมพันธ์โครงการช่วยเหลือประชาชนด้านส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต
 โดยผู้สนใจสามารถยื่นลงทะเบียนเพื่อขอความช่วยเหลือผ่านศูนย์ประสานงานองค์การบริหารส่วนจังหวัด
 นครราชสีมา ประจำอำเภอ หรือกองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามประกาศ
 การให้ความช่วยเหลือฯ ดังกล่าวข้างต้น ได้ตั้งแต่วันที่ ๑๘ - ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๔ โดยมอบหมายให้ นายธนะพล
 สมบูรณ์ นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๓๔๑๔ ๙๕๕๖ และ นางสาวสับนงา พุทธิพิบูลย์
 นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙ ๑๗๒๘ ๗๕๒๙ เป็นเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นางยลดา หวังศุภกิจโกศล)
 นายกองคกรการบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

กองสวัสดิการสังคม
 ฝ่ายสังคมสงเคราะห์
 โทรศัพท์ , โทรสาร ๐-๔๔๒๔-๖๘๙๐ , ๐-๔๔๒๔-๖๑๘๘



ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

เรื่อง การช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามโครงการช่วยเหลือประชาชน
ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ได้ดำเนินโครงการช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริม
และพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา เพื่อช่วยเหลือคนพิการ ผู้สูงอายุ
ผู้ด้อยโอกาส และครอบครัวที่มีสภาวะยากลำบากและได้รับความเดือดร้อนในการดำรงชีพ

อาศัยอำนาจตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชน
ตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ ข้อ ๔ และข้อ ๑๓

ดังนั้น เพื่อให้การช่วยเหลือประชาชนด้านส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตตามโครงการดังกล่าว
เป็นไปด้วยความเรียบร้อย องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา จึงประกาศกำหนดหลักเกณฑ์การให้ความช่วยเหลือ
ประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ดังนี้

เกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติของผู้ลงทะเบียนขอรับการช่วยเหลือ

๑. มีสัญชาติไทย
๒. เป็นหัวหน้าครอบครัว หรือผู้อาศัยที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตจังหวัดนครราชสีมา
๓. เป็นผู้ได้รับความเดือดร้อนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำรงชีพ ประกอบด้วย คนพิการ
ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส หรือกลุ่มเปราะบาง

เอกสารการยื่นขอลงทะเบียน

๑. กรณียื่นด้วยตนเอง

- | | |
|--|--------------|
| ๑.๑ แบบลงทะเบียนขอรับการช่วยเหลือ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๑.๒ สำเนาบัตรประชาชนของผู้ยื่นลงทะเบียน พร้อมรับรองสำเนา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๑.๓ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยื่นลงทะเบียน พร้อมรับรองสำเนา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๑.๔ ภาพถ่าย คนพิการ/ ผู้สูงอายุ/ ผู้ด้อยโอกาส และสภาพบ้านที่ประสบปัญหา | จำนวน ๒ ภาพ |

๒. กรณียื่นด้วยผู้แทน

- | | |
|--|--------------|
| ๒.๑ แบบลงทะเบียนขอรับการช่วยเหลือ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒.๒ สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ พร้อมรับรองสำเนา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒.๓ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มอบอำนาจ พร้อมรับรองสำเนา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒.๔ สำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ พร้อมรับรองสำเนา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒.๕ ภาพถ่าย คนพิการ/ ผู้สูงอายุ/ ผู้ด้อยโอกาส และสภาพบ้านที่ประสบปัญหา | จำนวน ๒ ภาพ |

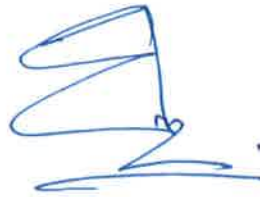
/กำหนดวัน...

กำหนดวัน เวลา และสถานที่ยื่นลงทะเบียน

ผู้สนใจสามารถยื่นลงทะเบียนได้ที่ศูนย์ประสานงานองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ประจำอำเภอ หรือกองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ในระหว่างวันที่ ๑๘ - ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๙ (ในวันและเวลาราชการ) หากมีข้อสงสัยเพิ่มเติม สามารถติดต่อสอบถามได้ที่ ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์ ๐๔๔-๒๔๖๘๙๐ และ ๐๔๔-๒๔๖๑๘๘

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๖๙



(นางยลดา หวังศุภกิจโกศล)
นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา



แบบลงทะเบียนโครงการช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต
ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

กรณียื่นด้วยผู้แทน

๑. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....
ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัดนครราชสีมา รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....เป็นผู้รับมอบอำนาจ
ลงทะเบียนแทน (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
เลขบัตรประจำตัวเลขที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ซอย.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดนครราชสีมา
รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....จำนวนผู้อาศัยในครัวเรือน.....คน

๒. ประเภทที่อยู่อาศัยของผู้ประสบปัญหา

บ้านตนเอง บ้านเช่า/ห้องเช่า บ้านไม่มีเลขที่

๓. ผู้ประสบปัญหาความเดือดร้อน

คนพิการ ผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะยากลำบากในการดำรงชีวิต
 ผู้ด้อยโอกาส อื่น ๆ โปรดระบุ.....

๔. อาชีพของผู้ประสบปัญหา (ระบุกรณีประกอบอาชีพ).....

๕. รายได้ของผู้ประสบปัญหา ต่อเดือน.....บาท

๖. เอกสารที่ใช้ประกอบการยื่นลงทะเบียน ประกอบด้วย

- สำเนาบัตรประชาชนผู้มอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ
 สำเนาทะเบียนบ้านผู้มอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ
 สำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ
 สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ
 ภาพถ่ายคนพิการ/ผู้สูงอายุ/ผู้ด้อยโอกาส และสภาพที่อยู่อาศัยที่ประสบปัญหา จำนวน ๒ ภาพ

๗. ความช่วยเหลือที่เคยได้รับ เคย ไม่เคย ได้รับจากหน่วยงาน.....
- เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ อื่น ๆ ระบุ.....
- ฌุ่ยังชีพ ปี.....จำนวน.....ครั้ง ได้รับจากหน่วยงาน.....
- เงินช่วยเหลือ จำนวน.....บาท ปี..... จากหน่วยงาน.....

ข้าพเจ้าขอรับรองตนเองว่าไม่เป็นผู้ขาดคุณสมบัติดังกล่าว หากตรวจสอบภายหลัง พบว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง ข้าพเจ้ายินยอมให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมาตัดสิทธิ์ให้ความช่วยเหลือ ดังนั้น ข้าพเจ้าจึงขอรับความช่วยเหลือด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน ลงชื่อ.....จนท.อบจ.ผู้รับลงทะเบียน
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)
ตำแหน่ง.....
(นายก อบท./กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำชุมชน/ส.ท./ส.อบต.)



แบบลงทะเบียนโครงการช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต
ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

กรณียื่นด้วยตนเอง

๑. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....
ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัดนครราชสีมา รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....จำนวนผู้อาศัยใน
ครัวเรือน.....คน

๒. ประเภทที่อยู่อาศัย

- บ้านตนเอง บ้านเช่า/ห้องเช่า บ้านไม่มีเลขที่
 อื่น ๆ ระบุ.....

๓. ผู้ประสบปัญหาความเดือดร้อน

- คนพิการ ผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะยากลำบากในการดำรงชีวิต
 ผู้ด้อยโอกาส อื่น ๆ โปรดระบุ.....

๔. อาชีพ (ระบุกรณีประกอบอาชีพ).....

๕. รายได้ ต่อเดือน.....บาท

๖. เอกสารที่ใช้ประกอบการยื่นลงทะเบียน ประกอบด้วย

- สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
 ภาพถ่ายคนพิการ/ผู้สูงอายุ/ผู้ด้อยโอกาส และสภาพที่อยู่อาศัยที่ประสบปัญหา จำนวน ๒ ภาพ

๗. ความช่วยเหลือที่เคยได้รับ เคย ไม่เคย ได้รับจากหน่วยงาน.....

เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ อื่น ๆ ระบุ.....

ฌุ่ยยังชีพ ปี.....จำนวน.....ครั้ง ได้รับจากหน่วยงาน.....

เงินช่วยเหลือ จำนวน.....บาท ปี.....จากหน่วยงาน.....

/ข้าพเจ้า...

ข้าพเจ้าขอรับรองตนเองว่าไม่ใช่ผู้ขาดคุณสมบัติดังกล่าว หากตรวจสอบภายหลัง พบว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง ข้าพเจ้ายินยอมให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมาตัดสิทธิ์ให้ความช่วยเหลือ ดังนั้น ข้าพเจ้าจึงขอรับความช่วยเหลือด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน
(.....)

ลงชื่อ.....จนท. อบจ.ผู้รับลงทะเบียน
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)

ตำแหน่ง.....
(นายก อบท./กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำชุมชน/ส.ท./ส.อบต.)