



เลขที่...../2564
(สำหรับเจ้าหน้าที่)

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือโครงการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัย
(จ่ายอาหารเสริม) ผลกระทบจากการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
(เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน 2561 ถึงวันที่ 14 มิถุนายน 2563)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวเด็ก

1. ต.ช./ต.ญ. เกิดวันที่..... อายุ.....ปี.....เดือน.....
เลขบัตรประชาชน..... รับการฉีดวัคซีนที่.....
2. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่..... ซอย..... ถนน.....
ชุมชน..... ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
3. ที่อยู่ปัจจุบันที่พักอาศัยอยู่จริง บ้านเลขที่..... ซอย..... ถนน.....
ชุมชน..... ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
4. ชื่อบิดา..... อายุ.....ปี เลขบัตรประชาชน.....
ที่อยู่..... เบอร์โทรศัพท์.....
อาชีพ..... สถานที่ทำงาน.....
5. ชื่อมารดา..... อายุ.....ปี เลขบัตรประชาชน.....
ที่อยู่..... เบอร์โทรศัพท์.....
อาชีพ..... สถานที่ทำงาน.....
6. สถานภาพบิดา/มารดา สมรสอยู่ด้วยกัน สมรสแยกกันอยู่ หม้าย/หย่าร้าง
7. อาศัยอยู่กับ บิดา/มารดา บิดา มารดา
 ผู้อื่น ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี
เลขบัตรประชาชน..... ที่อยู่.....
อาชีพ..... เบอร์โทร..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลของครอบครัว

1. สมาชิกที่พักอาศัยประจำครัวเรือน ทั้งหมด.....คน ทำงาน.....คน กำลังศึกษา.....คน
2. เด็กต่ำกว่า 5 ปี.....คน ผู้สูงอายุ.....คน ผู้ป่วย.....คน ผู้พิการ.....คน
3. รายได้ทั้งหมดของครอบครัว.....บาท/เดือน รายได้เฉลี่ย.....บาท/คน/เดือน
4. ลักษณะที่อยู่อาศัย บ้านของครอบครัว บ้านเช่า อื่น ๆ ระบุ.....
5. สภาพปัญหาความเดือนร้อนของครอบครัว/ผลกระทบจากกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
ตอบตามข้อเท็จจริง โดยตอบได้มากกว่า 1 รายการ
 ไม่มีคนอุปการะ/ไร้ที่พึ่ง ครอบครัวแตกแยก รายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ
 ไม่มีงานทำ หยุดกิจการ ถูกพักงาน ถูกลดเวลางาน ถูกเลิกจ้าง
 ไม่มีทุนประกอบอาชีพ ครอบครัวมีการทะเลาะวิวาทผู้ประสบปัญหา (เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย)
 ปัญหาซ้ำซ้อน ระบุ.....



มีต่อหน้าหลัง

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....

เลขบัตรประชาชน..... ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้.....

ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เบอร์โทรศัพท์.....

เป็น บิดา / มารดา / ผู้เลี้ยงดู ของ ด.ช/ด.ญ.....

มีความประสงค์ขอรับความช่วยเหลือตามโครงการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัย (จ่ายอาหารเสริม) ผลกระทบจากการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยขอยื่นหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้

- | | |
|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือโครงการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัย ฯ | |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านเด็ก | จำนวน 1 ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาสูติบัตร | จำนวน 1 ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก (หน้าบันทึกการรับวัคซีนและหน้าบันทึกการชั่งน้ำหนัก/ส่วนสูง) | จำนวน 1 ชุด |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนของบิดาหรือมารดาหรือผู้ดูแลเด็ก | จำนวน 1 ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านของบิดาหรือมารดาหรือผู้ดูแลเด็ก | จำนวน 1 ฉบับ |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์การให้ความช่วยเหลือโครงการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัย (จ่ายอาหารเสริม) ผลกระทบจากการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ข้อความและเอกสารที่ได้ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

บิดา / มารดา / ผู้ดูแลเด็ก

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ประธานชุมชน / ประธานอสม.ชุมชน.....

หมายเหตุ

1. ต้องกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วนสมบูรณ์
2. ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ สำนักสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครหาดใหญ่ โทร. 074 - 200124
3. การให้ความช่วยเหลือ จ่ายนมยูเอชที ขนาด ๑๘๐ มิลลิลิตร สูตร ๓ จำนวน ๙๐ กล่อง

โดยผู้ที่ได้รับความช่วยเหลือจะต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการช่วยเหลือประชาชนเทศบาลนครหาดใหญ่