

แบบสำรวจ ผู้ได้รับผลกระทบจากมาตรการป้องกันแก้ไขปัญหาโควิด-19 อำเภอ.....จังหวัด.....

1. ชื่อ - สกุล.....เบอร์โทรที่ติดต่อได้.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....อายุ.....ปี

ที่อยู่ตามบัตรประจำตัวประชาชน บ้านเลขที่.....ถนน.....ซอย.....หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

2. มีสิทธิจากรัฐ ประกันสังคม ม.33 ประกันสังคม ม.39/40 บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ไม่มีสิทธิข้างต้น

3. ได้รับผลกระทบจากประกาศจังหวัดหรือมาตรการของรัฐบาลในการแก้ไขปัญหาคovid 19 คือ (เลือกได้เพียงข้อเดียว)

นายจ้าง (ถ้ามี).....สถานที่ทำงาน.....จังหวัด.....

 ถูกเลิกจ้าง (เป็นผู้มีสิทธิประกันสังคมมาตรา 33) ถูกเลิกจ้าง (เป็นพนักงานรายวัน/ลูกจ้าง ที่ไม่มีสิทธิประกันสังคม มาตรา 33) ถูกนายจ้างลดวันทำงาน ลดเวลาทำงาน ธุรกิจส่วนตัวถูกปิด เช่น ร้านอาหาร/ร้านที่อยู่ในห้าง รายได้ลดลง ขายของได้น้อยลง ถูกค่าลดหย่อน หลังจากจังหวัดประกาศมาตรการ

รายได้/วัน (เดิม)บาท

รายได้/เดือน (เดิม)บาท

4. ได้รับผลกระทบอื่น ๆ (ถ้าตอบข้อ 3 แล้ว ไม่ต้องตอบข้อนี้) (กรณีตอบข้อนี้ เลือกได้เพียงข้อเดียว)

 ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ ภาระค่าใช้จ่ายในการดำรงชีพสูงขึ้น การขนส่งสินค้า/ผลผลิตทางการเกษตรไม่สะดวก ไม่มีสถานที่ขายของ อื่น ๆ5. ข้าฯ ลงทะเบียนขอรับการช่วยเหลือจากรัฐบาล ใน www.เราไม่ทิ้งกัน.com เมื่อ.....ข้าฯ ไม่ได้ลงทะเบียน ใน www.เราไม่ทิ้งกัน.com

6 ต้องการความช่วยเหลือ (ให้เรียงลำดับความสำคัญ 1 - 15)

..... เงินสนับสนุนการยังชีพระยะสั้น

..... เครื่องอุปโภค/บริโภค ถุงยังชีพ

..... การจ้างงานระยะสั้น

..... การส่งเสริมการฝึกอาชีพ

..... เงินกู้ ดอกเบี้ยต่ำ

..... พักชำระหนี้ต่าง ๆ (เช่นบ้าน ผ่อนรถ บัตรเครดิต)

..... ลดหย่อนภาษีต่าง ๆ

..... ลดค่าสาธารณูปโภคต่าง ๆ

..... มาตรการด้านการเงินส่งเสริมธุรกิจขนาดกลางและขนาดย่อม

..... พันธุ์พืช

..... พันธุ์สัตว์

..... พันธุ์สัตว์น้ำ

..... อุปกรณ์ค้าขาย

..... อุปกรณ์การเกษตร

..... อื่น ๆ

ปลัดอำเภอ/ปลัดเทศบาล (ผู้ตรวจสอบข้อมูล)	กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/คณะกรรมการหมู่บ้าน ประธานกรรมการชุมชน/คณะกรรมการชุมชน (ผู้สำรวจข้อมูล)	ผู้ได้รับผลกระทบ ข้าฯ ขอยืนยันว่าข้อมูลที่ให้ เป็นข้อมูลจริงทุกประการ
ลงชื่อ...../...../.....	ลงชื่อ...../...../.....	ลงชื่อ...../...../.....

แบบสำรวจ ผู้ได้รับผลกระทบจากมาตรการป้องกันแก้ไขปัญหาคovid-19 อำเภอ.....จังหวัด.....

1. ชื่อ - สกุล.....เบอร์โทรที่ติดต่อได้.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....อายุ.....ปี

ที่อยู่ตามบัตรประจำตัวประชาชน บ้านเลขที่.....ถนน.....ซอย.....หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

2. มีสิทธิจากรัฐ ประกันสังคม ม.33 ประกันสังคม ม.39/40 บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ไม่มีสิทธิข้างต้น

3. ได้รับผลกระทบจากประกาศจังหวัดหรือมาตรการของรัฐบาลในการแก้ไขปัญหาคovid 19 คือ (เลือกได้เพียงข้อเดียว)

นายจ้าง (ถ้ามี).....สถานที่ทำงาน.....จังหวัด.....

 ถูกเลิกจ้าง (เป็นผู้มีสิทธิประกันสังคมมาตรา 33) ถูกเลิกจ้าง (เป็นพนักงานรายวัน/ลูกจ้าง ที่ไม่มีสิทธิประกันสังคม มาตรา 33) ถูกนายจ้างลดวันทำงาน ลดเวลาทำงาน ธุรกิจส่วนตัวถูกปิด เช่น ร้านอาหาร/ร้านที่อยู่ในห้าง รายได้ลดลง ขายของได้น้อยลง ถูกค่าลดหย่อน หลังจากจังหวัดประกาศมาตรการ

รายได้/วัน (เดิม)บาท

รายได้/เดือน (เดิม)บาท

4. ได้รับผลกระทบอื่น ๆ (ถ้าตอบข้อ 3 แล้ว ไม่ต้องตอบข้อนี้) (กรณีตอบข้อนี้ เลือกได้เพียงข้อเดียว)

 ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ ภาระค่าใช้จ่ายในการดำรงชีพสูงขึ้น การขนส่งสินค้า/ผลผลิตทางการเกษตรไม่สะดวก ไม่มีสถานที่ขายของ อื่น ๆ5. ข้าฯ ลงทะเบียนขอรับการช่วยเหลือจากรัฐบาล ใน www.เราไม่ทิ้งกัน.com เมื่อ.....ข้าฯ ไม่ได้ลงทะเบียน ใน www.เราไม่ทิ้งกัน.com

6 ต้องการความช่วยเหลือ (ให้เรียงลำดับความสำคัญ 1 - 15)

..... เงินสนับสนุนการยังชีพระยะสั้น

..... เครื่องอุปโภค/บริโภค ถุงยังชีพ

..... การจ้างงานระยะสั้น

..... การส่งเสริมการฝึกอาชีพ

..... เงินกู้ ดอกเบี้ยต่ำ

..... พักชำระหนี้ต่าง ๆ (เช่นบ้าน ผ่อนรถ บัตรเครดิต)

..... ลดหย่อนภาษีต่าง ๆ

..... ลดค่าสาธารณูปโภคต่าง ๆ

..... มาตรการด้านการเงินส่งเสริมธุรกิจขนาดกลางและขนาดย่อม

..... พันธุ์พืช

..... พันธุ์สัตว์

..... พันธุ์สัตว์น้ำ

..... อุปกรณ์ค้าขาย

..... อุปกรณ์การเกษตร

..... อื่น ๆ

ปลัดอำเภอ/ปลัดเทศบาล (ผู้ตรวจสอบข้อมูล)	กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/คณะกรรมการหมู่บ้าน ประธานกรรมการชุมชน/คณะกรรมการชุมชน (ผู้สำรวจข้อมูล)	ผู้ได้รับผลกระทบ ข้าฯ ขอยืนยันว่าข้อมูลที่ให้ เป็นข้อมูลจริงทุกประการ
ลงชื่อ...../...../.....	ลงชื่อ...../...../.....	ลงชื่อ...../...../.....



แบบสำรวจความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกาฬสินธุ์

1. ข้อมูลประวัติ

คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....) ชื่อ.....สกุล.....

เลขที่บัตรประชาชน □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ เบอร์โทรศัพท์

วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง

ที่อยู่อาศัยตามทะเบียน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด

รหัสไปรษณีย์.....

สถานที่ทำงาน อาชีพ (ระบุให้ชัดเจน).....

2. ข้อมูลสมาชิกในครัวเรือน (ตามที่อาศัยอยู่จริง)

ลำดับ	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อ - สกุล	อายุ	สภาพทางร่างกาย	
				ปกติ	พิการ

3. สภาพความเดือดร้อน ซึ่งได้รับผลกระทบโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

3.1 ธุรกิจถูกปิดชั่วคราว

3.2 ถูกสั่งพักงาน

3.3 ถูกเลิกจ้าง

3.4 รายได้ลดลง

3.5 อื่นๆ (ระบุ).....

4.ความต้องการความช่วยเหลือ

- 4.1 เงินสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการดำรงชีพในช่วงถูกเลิกจ้าง / พักงาน
 - 4.2 เงินทุนประกอบอาชีพใหม่ / การลงทุนใหม่
 - 4.3 ผูกอบรวมอาชีพ (ระบุมหาชีพที่ต้องการฝึก).....
 - 4.4 อื่นๆ (ระบุ).....
-

5.สิทธิสวัสดิการที่เคยได้รับ

- ไม่เคย
 - มาตรการเยียวยา เราไม่ทิ้งกัน จำนวน 5,000 บาท
 - เงินชดเชยผู้ว่างงาน กองทุนประกันสังคม
-

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตรงความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ระงับสวัสดิการและประโยชน์อื่นๆ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสาร เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าพเจ้าและครอบครัว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ประสบความเดือดร้อน

ลงชื่อ.....

(.....)

กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน หมู่.....

ขอความกรุณาแนบเอกสารหลักฐาน ของผู้ประสบความเดือดร้อน ดังนี้

1. สำเนาบัตรประชาชน พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนา
2. สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนา
3. สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนา

กรณีครอบครัวมีเด็ก/คนพิการ กรุณาแนบเอกสารหลักฐาน เพิ่มเติมดังนี้

1. สำเนาบัตรประชาชน พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนา
2. สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนา
3. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ