

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 ไม่มีสิทธิ์ข้างต้น

3. ได้รับผลกระทบจากประกาศจังหวัดหรือมาตรการของรัฐบาลในการแก้ไขปัญหาโควิด 19 คือ (เลือกได้เพียงข้อเดียว)

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

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

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 (ผ่อนบ้าน ผ่อนรถ บัตรเครดิต)

..... ลดหย่อนภาษีต่าง ๆ

..... ลดค่าสาธารณูปโภคต่าง ๆ

..... มาตรการด้านการเงินส่งเสริมธุรกิจขนาดกลางและขนาดย่อม

..... พันธุ์พืช

..... พันธุ์สัตว์

..... พันธุ์สัตว์น้ำ

..... อุปกรณ์ค้าขาย

..... อุปกรณ์การเกษตร

..... อื่น ๆ

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

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 ไม่มีสิทธิ์ข้างต้น

3. ได้รับผลกระทบจากประกาศจังหวัดหรือมาตรการของรัฐบาลในการแก้ไขปัญหาโควิด 19 คือ (เลือกได้เพียงข้อเดียว)

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

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

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 (ผ่อนบ้าน ผ่อนรถ บัตรเครดิต)

..... ลดหย่อนภาษีต่าง ๆ

..... ลดค่าสาธารณูปโภคต่าง ๆ

..... มาตรการด้านการเงินส่งเสริมธุรกิจขนาดกลางและขนาดย่อม

..... พันธุ์พืช

..... พันธุ์สัตว์

..... พันธุ์สัตว์น้ำ

..... อุปกรณ์ค้าขาย

..... อุปกรณ์การเกษตร

..... อื่น ๆ

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

รายได้/วัน (เดิม)บาท
รายได้/เดือน (เดิม)บาท