

คู่มือการปฏิบัติงานช่วยเหลือประชาชน

งานที่ให้บริการ

การช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลท่าคล้อ

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ด้วย องค์การบริหารส่วนตำบลท่าคล้อ ได้จัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือประชาชนขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าคล้อ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๐ เพื่อแก้ไขปัญหาความเดือดร้อน ด้านสาธารณสุข ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ให้เกิดประโยชน์กับประชาชน ในการดำเนินการช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ขอบเขตการให้บริการ

1. พื้นที่ตำบลท่าคล้อ
2. ประชาชนตำบลท่าคล้อ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

1. ศูนย์ช่วยเหลือประชาชนขององค์การบริหารส่วนตำบล
องค์การบริหารส่วนตำบลท่าคล้อ
2. ทางไปรษณีย์ ทุกวัน ไม่เว้นวันหยุด
ศูนย์ช่วยเหลือประชาชนขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าคล้อ
องค์การบริหารส่วนตำบลท่าคล้อ ๘๙ หมู่ที่ ๘ ต.ท่าคล้อ
อ.แก่งคอย จ.สระบุรี ๑๘๑๑๐
3. โทรศัพท์ : ๐-๓๖๗๑-๕๔๒๗ ต่อ ๐ , โทรสาร : ๐-๓๖๗๑-๕๔๒๖
4. Facebook : องค์การบริหารส่วนตำบลท่าคล้อ
5. เว็บไซต์ <https://www.thaklor.go.th>

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ - วันศุกร์
(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

1. รับเรื่องขอความช่วยเหลือ และตรวจสอบเอกสาร(๑ วัน)
2. ฝ่ายรับเรื่อง ดำเนินการ
 - ตรวจสอบข้อเท็จจริงเพิ่มเติม กรณีมีข้อมูลไม่เพียงพอ (๒ วัน)
 - ประสานหน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินการช่วยเหลือ (๒ วัน)
 - ส่งให้ศูนย์ปฏิบัติการร่วมๆ กรณีเกินความสามารถ (๒ วัน)
3. เสนอเรื่องให้คณะกรรมการฯ พิจารณา (๕ วัน)
4. ประกาศให้ประชาชนทราบ (๑๕ วัน)
5. ส่งเรื่องให้หน่วยงานภายใน อบต.ท่าคล้อ ดำเนินการ (๑๗ วัน)
6. ประกาศผลดำเนินงานให้ประชาชนทราบ (๑๕ วัน)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

ฝ่ายรับเรื่อง ศูนย์ช่วยเหลือประชาชนฯ

ฝ่ายปฏิบัติการในพื้นที่ (หน่วยเคลื่อนที่เร็ว)

ฝ่ายรับเรื่อง ศูนย์ช่วยเหลือประชาชนฯ

ฝ่ายรับเรื่อง ศูนย์ช่วยเหลือประชาชนฯ

ฝ่ายรับเรื่อง ศูนย์ช่วยเหลือประชาชนฯ

ฝ่ายรับเรื่อง ศูนย์ช่วยเหลือประชาชนฯ

ฝ่ายรับเรื่อง ศูนย์ช่วยเหลือประชาชนฯ

ฝ่ายรับเรื่อง ศูนย์ช่วยเหลือประชาชนฯ

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน ๔๐ วัน

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

- | | |
|------------------------------|--------------|
| ๑. สำเนาบัตรประชาชน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. ใบมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจ) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. แบบคำขอความช่วยเหลือ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๕. รูปถ่าย (ถ้ามี) | |

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ศูนย์ดำรงธรรมองค์การบริหารส่วนตำบลท่าคล้อ เลขที่ ๘๘ ตำบลท่าคล้อ
อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี ๑๘๑๑๐ โทรศัพท์ : ๐-๓๖๗๑-๕๔๒๗ ต่อ ๐

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

(แสดงตัวอย่างแบบฟอร์มและกรอกข้อมูล)

เลขรับ...../256.....

ลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน

(กรณีร้องขอด้วยตนเอง)

องค์การบริหารส่วนตำบลท่าคล้อ อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ที่อยู่ตามบัตรประชาชน บ้านเลขที่ หมู่ที่..... ซอย..... ถนน

ตำบล.....อำเภอ จังหวัด โทรศัพท์

หมายเลขประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

อาชีพ..... หมู่โลหิต.....

ข้อมูลที่อยู่จริง บ้านเลขที่ หมู่ที่..... ตำบลท่าคล้อ อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี

โทรศัพท์ ☐ ที่อยู่ตามบัตรประชาชน

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....เบอร์

ติดต่อ.....

มีความประสงค์ขอให้ (หน่วยงาน)ดำเนินการช่วยเหลือ ดังนี้

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
(.....)

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน

(กรณีร้องขอด้วยผู้แทน)

องค์การบริหารส่วนตำบลท่าคล้อ อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ที่อยู่ตามบัตรประชาชน บ้านเลขที่ หมู่ที่..... ซอย..... ถนน

ตำบล.....อำเภอ จังหวัด โทรศัพท์

หมายเลขประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

อาชีพ..... หมู่โลหิต.....

ข้อมูลที่อยู่จริง บ้านเลขที่ หมู่ที่..... ตำบลท่าคล้อ อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรีโทรศัพท์ ☐ ที่อยู่ตามบัตรประชาชน

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)..... สกุล.....

เบอร์ติดต่อ.....

มีความประสงค์ขอให้องค์การบริหารส่วนตำบลท่าคล้อ ดำเนินการช่วยเหลือ.....

(ชื่อผู้ขอรับความช่วยเหลือ)

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
(.....)