

สำเนาฉบับ

ที่ นศ ๘๕๓๐๑/ ๒๕๗

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลบางนบ
อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช
๘๐ ๑๗ ๐

๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๔

เรื่อง รายงานข้อมูลกลุ่มเป้าหมายเพื่อรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยและผู้ไร้ที่พึ่ง

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัดนครศรีธรรมราช

อ้างถึง หนังสือที่ พม ๐๖๐๒.๒๖ /ว. ๑๒๕๖ ลงวันที่ ๘ กรกฎาคม ๒๕๖๕

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑) รายชื่อผู้ขอรับการช่วยเหลือ

จำนวน ๑ ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัดนครศรีธรรมราช แจ้งองค์การบริหารส่วนตำบลบางนบ คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผู้ประสบปัญหาทางสังคมครอบครัวมีฐานะยากจน รายได้ไม่เพียงพอต่อการครองชีพ มีภาระเลี้ยงดูผู้พิการ ผู้สูงอายุ เด็ก มีภาระหนี้สินจำนวน ๑๐ ราย นั้น

ในการนี้ องค์การบริหารส่วนตำบลบางนบ ได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผู้ประสบปัญหาทางสังคม เสร็จเรียบร้อยแล้ว รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่นำส่งมาพร้อมหนังสือฉบับนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นายพิสิษฐ์ แป้นเหลือ)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบางนบ

สำนักงานปลัด

องค์การบริหารส่วนตำบลบางนบ

โทร ๐ - ๗๕๗๖ - ๖๐๖๐

www.bangnop.go.th



บัญชีรายชื่อผู้ขอรับความช่วยเหลือ (ผู้ประสบปัญหาทางสังคม)
 เงินสงเคราะห์ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยและผู้ไร้ที่พึ่ง
 ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัดนครราชสีมา
 จำนวน 10 ราย

ที่	ชื่อ - สกุล	อายุ (ปี)	เลขที่บัตรประชาชน	ที่อยู่ปัจจุบัน	สภาพปัญหา	โทรศัพท์	หมายเหตุ
๑	นาง.อ.อ. น. น. น.	๕๔	๓๕๐๑๖๐๐๖๑๕๑๖๒	๓๕ ม.๑ ต.บางน	มีลูกชายพิการได้ใจ	-	
๒	นาง.อ.อ. น. น. น.	๕๕	๓๕๐๑๖๐๐๖๑๕๑๖๒	๓๕ ม.๑ ต.บางน	มีลูกชายพิการได้ใจ	๐๕๕-๕๕๑๕๑๖๒	
๓	นาย.อ.อ. น. น. น.	๕๕	๓๕๐๑๖๐๐๖๑๕๑๖๒	๓๕ ม.๑ ต.บางน	มีลูกชายพิการได้ใจ	๐๕๕-๕๕๑๕๑๖๒	
๔	นาง.อ.อ. น. น. น.	๕๕	๓๕๐๑๖๐๐๖๑๕๑๖๒	๓๕ ม.๑ ต.บางน	มีลูกชายพิการได้ใจ	๐๕๕-๕๕๑๕๑๖๒	
๕	นาง.อ.อ. น. น. น.	๕๕	๓๕๐๑๖๐๐๖๑๕๑๖๒	๓๕ ม.๑ ต.บางน	มีลูกชายพิการได้ใจ	๐๕๕-๕๕๑๕๑๖๒	
๖	นาง.อ.อ. น. น. น.	๕๕	๓๕๐๑๖๐๐๖๑๕๑๖๒	๓๕ ม.๑ ต.บางน	มีลูกชายพิการได้ใจ	๐๕๕-๕๕๑๕๑๖๒	
๗	นาง.อ.อ. น. น. น.	๕๕	๓๕๐๑๖๐๐๖๑๕๑๖๒	๓๕ ม.๑ ต.บางน	มีลูกชายพิการได้ใจ	๐๕๕-๕๕๑๕๑๖๒	
๘	นาง.อ.อ. น. น. น.	๕๕	๓๕๐๑๖๐๐๖๑๕๑๖๒	๓๕ ม.๑ ต.บางน	มีลูกชายพิการได้ใจ	๐๕๕-๕๕๑๕๑๖๒	
๙	นาง.อ.อ. น. น. น.	๕๕	๓๕๐๑๖๐๐๖๑๕๑๖๒	๓๕ ม.๑ ต.บางน	มีลูกชายพิการได้ใจ	๐๕๕-๕๕๑๕๑๖๒	
๑๐	นาง.อ.อ. น. น. น.	๕๕	๓๕๐๑๖๐๐๖๑๕๑๖๒	๓๕ ม.๑ ต.บางน	มีลูกชายพิการได้ใจ	๐๕๕-๕๕๑๕๑๖๒	

ลงชื่อ.....ผู้ประสานขอรับความช่วยเหลือ
 (นาง.อ.อ. น. น. น.)
 ตำแหน่ง.....
 โทร.....

ลงชื่อ.....
 (นาง.อ.อ. น. น. น.)
 ตำแหน่ง.....
 โทร.....

ตำแหน่ง อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) ระดับตำบล
 โทร.....

หมายเหตุ : เอกสารแน บแบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม (ส่งลายมือชื่อให้เหมือนกับแบบขอรับความช่วยเหลือ)
 ๑. บัตรประชาชน (ไม่ทด.ด.ด.) ๒. ทะเบียนบ้าน ๓. สมุดร.ด.ด. (ชื่อเดียวกับผู้ขอรับความช่วยเหลือ และเป็นผู้ที่ประสงค์จะรับเงินได้)
 ๔. บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ (ถ้ามี) ๕. ไฟล์รูปถ่ายการลงทะเบียนที่จำวน ๕ ภาพ (หน้าตรง, สัมภาษณ์, เห็นต่อเอกสาร, ภายในที่พัก, ภายนอกที่พัก)