

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การรับเด็กเล็กเข้าเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กองการศึกษา เทศบาลตำบลเวียง

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
1. กองการศึกษา เทศบาลตำบลเวียง โทรศัพท์: 0 5365-0803 โทรสาร : 0-5365-0803 เว็บไซต์ : www.wiangcs.go.th	วันที่ 1-10 มกราคม วันที่ 1-10 เมษายน วันที่ 1-10 กรกฎาคม วันที่ 1-10 ตุลาคม (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 60 แห่งพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496(และแก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 13 พ.ศ.2552) ส่วนที่ 3 หน้าที่ของเทศบาลตำบล ตามมาตรา 50 ภายใต้บังคับแห่งกฎหมายเทศบาลตำบลมีหน้าที่ต้องทำในเขตเทศบาล (6) ให้ราษฎรได้รับการศึกษาอบรม (7) ส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็กเยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ และพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 มาตรา 18 การจัดการศึกษาปฐมวัยและการศึกษาขั้นพื้นฐาน (1) สถานพัฒนาเด็กเล็กปฐมวัยได้แก่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและประกาศเทศบาลตำบลเวียง เรื่อง ระเบียบศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. ศึกษาคุณสมบัติของเด็กเล็ก 1.1 เด็กที่มีอายุครบ 2-5 ปี 1.2 ภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลเวียง 1.3 มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงปราศจากโรคติดต่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียน	

ระยะเวลา

รับสมัคร ใช้ระยะเวลา ไม่เกิน 1 วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. ใบสมัครของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่กรอกข้อความสมบูรณ์แล้ว | จำนวน | 1 ชุด |
| 2. ทะเบียนบ้านฉบับจริงพร้อมสำเนา(บุตร,ผู้ปกครอง) | จำนวน | 1 ชุด |
| 3. บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงพร้อมสำเนา(ผู้ปกครอง) | จำนวน | 1 ชุด |
| 4. สูติบัตรฉบับจริง พร้อมสำเนา(บุตร) | จำนวน | 1 ชุด |
| 5. รูปถ่ายบุตร ขนาด 1 นิ้ว | จำนวน | 3 ใบ |

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

สถานที่รับสมัคร

1. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสบรวก หมู่ที่ 1 โทร 085-0378410
2. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสบคำ หมู่ที่ 5 โทร 087-2433452
3. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านวังลาว หมู่ที่ 4 โทร 084-6176246
4. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านห้วยเกียง หมู่ที่ 8 โทร 087-3008367

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

กองการศึกษา เทศบาลตำบลเวียง โทรศัพท์ : 0- 5365-0803

หรือ เว็บไซต์ : www.wiangcs.go.th

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกเทศมนตรีตำบล.....

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ..... ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....

ถนน..... ตรอก/ซอย..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้
รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

1. ที่พักอาศัย () เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ซ้ำรูดทรุดโทรม () ซ้ำรูดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคง
ถาวร () เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็น
ระยะทาง.....สามารถเดินทางได้ () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้ () สะดวก () ลำบาก

เนื่องจาก

3. การพักอาศัย () อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....

() พักอาศัยกับรวมคน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน มีรายได้รวม.....บาท/เดือน
ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

4. รายได้ – รายจ่าย มีรายได้รวม.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้..... สถานที่ติดต่อเลขที่.....

ถนน..... ตรอก/ซอย..... หมู่ที่..... ตำบล.....

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

โทรศัพท์..... โทรสาร..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

..... ผู้ให้ถ้อยคำ
(.....)

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกเทศมนตรีตำบล.....

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า..... เป็นผู้มีส่วนได้รับการสงเคราะห์
เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่.....นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

- () เป็นเงินสด
- () โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกเทศมนตรีตำบล.....

ข้าพเจ้า.....ขอมอบอำนาจให้.....เลขประจำตัว
ประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
โทรสาร.....เกี่ยวพันเป็น.....เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการ
หนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทุกประการ

() แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

() แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

โดยให้จ่ายให้แก่.....

() เป็นเงินสด

() โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

เลขที่บัญชี.....

() แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)