

เลขรับที่.....

วันที่.....

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

แบบคำขอ

รับการช่วยเหลือ สงเคราะห์ เพื่อชดเชยรายได้สำหรับผู้จัดการแข่งขันกีฬาอาชีพ
ที่ได้รับผลกระทบของการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา (COVID-19)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าชื่อ นามสกุล

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่

ตำแหน่ง

เบอร์มือถือ อีเมล

Line ID (ถ้ามี)

ชื่อบริษัท

ที่อยู่สำนักงานเลขที่ ตรอก/ซอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร

๑. แนบแบบคำขอนี้ พร้อมเอกสารหลักฐานต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (แนบเอกสารทั้งหมดให้ครบถ้วน พร้อมทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ผู้ที่มีอำนาจลงนามผูกพันหรือผู้ที่ได้รับการมอบอำนาจ)
 - สำเนาหนังสือรับรองบริษัท (ออกไม่เกิน ๖ เดือน)
 - หนังสือมอบอำนาจ (กรณีไม่ได้เป็นผู้มีอำนาจลงนามผูกพันเพียงคนเดียว)
๒. ข้อความตกลงยินยอมคุณสมบัติของผู้จัดการแข่งขันกีฬาอาชีพ ที่มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือสงเคราะห์ ตามมาตรการฯ (ผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนทั้งหมดเท่านั้น ถึงจะมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือฯ ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง)
- เป็นผู้จัดการแข่งขันกีฬาอาชีพที่ได้ยื่นแผนบริหารจัดการแข่งขันรายการกีฬาอาชีพประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ และนายทะเบียนกีฬาอาชีพได้ให้การรับรองแผนบริหารจัดการแข่งขันนั้นแล้ว ตามมาตรา ๓๗ แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมกีฬาอาชีพ พ.ศ. ๒๕๕๖
 - ผู้จัดการแข่งขันกีฬาอาชีพที่เป็นผู้ได้รับผลกระทบที่มีสิทธิได้รับมาตรการช่วยเหลือจะต้องเป็นผู้จัดการแข่งขันกีฬาอาชีพที่อยู่ในช่วงการเตรียมการจัดการแข่งขันกีฬาอาชีพหรืออยู่ในระหว่างจัดการแข่งขันกีฬาอาชีพและการแข่งขันกีฬาอาชีพนั้นถูกยกเลิกหรือเลื่อนการแข่งขัน อันเนื่องมาจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)
 - ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา (COVID-19)
๓. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ในการลงทะเบียนถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ หากข้อมูลดังกล่าวไม่ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้การกีฬาแห่งประเทศไทย ดำเนินการระงับการจ่ายเงินตามมาตรการฯ หรือยินยอมคืนเงินที่ได้รับพร้อมดอกเบี้ย แล้วแต่กรณี (ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง)
- ยินยอม ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ในการลงทะเบียนถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

.....

ความเห็นของเจ้าหน้าที่

เอกสารหรือหลักฐาน ไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

เอกสารและหลักฐาน ถูกต้องและครบถ้วนและสามารถรับไว้พิจารณาได้

เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่

(.....)

ตำแหน่ง

...../...../.....