



**1. รายละเอียดของผู้สมัคร**

**1.1 นามสกุล**

**1.2 ชื่อ**

**1.3 วัน เดือน ปีเกิด**

ว. คค. ปปปป

**1.4 หมายเลขประกัน**

หมายเลข AHV 13 หลัก กรุณากรอกการโดยไม่มีจุด และเว้นวรรค  
หมายเลข AHV ของคุณจะอยู่ที่ด้านหลังของบัตรประกันสุขภาพของคุณ

**1.5 ที่อยู่**

ถนน, บ้านเลขที่

รหัสไปรษณีย์, เมือง

โทรศัพท์ / มือถือ

อีเมลล์

## 2. ข้อมูลการจ้างงาน ก่อนการหยุดพักงาน

2.1 คุณเป็นพนักงาน/ลูกจ้าง ไซหรือไม

- ใช่  
 ไม่ใช่

ชื่อและที่อยู่ของนายจ้างทั้งหมด

หมายเลขทะเบียนนายจ้าง


ยอดชำระจ่าย AHV จากรายรับรวมของเงินเดือนสุดท้าย ก่อนได้รับเงินชดเชยช่วยเหลือ

ฟรังก์

คุณได้รับเงินชดเชยช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องในช่วงที่คุณหยุดพักงาน ไซหรือไม่

- ใช่  
 ไม่ใช่

ในกรณีที่ยังมีกรได้รับเงินเดือนอย่างต่อเนื่อง เงินชดเชยช่วยเหลือนี้จะถูกส่งจ่ายให้กับนายจ้างของคุณ

ข้าพเจ้ายินยอมให้ส่งสำเนารายรับไปยังนายจ้าง

คุณต้องถูกหักภาษี ณ ที่จ่าย ไซหรือไม่

- ใช่  ไม่ใช่

สิ่งที่แนบมาด้วย: เงินเดือนในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา จากนายจ้างทั้งหมด

2.2 คุณเป็นเจ้าของกิจการ ผู้ประกอบอาชีพอิสระ ไซหรือไม่

- ใช่  
 ไม่ใช่

หน่วยงานคลังจ่ายที่รับผิดชอบ

เลขที่บัญชี

--	--

ลักษณะทางธุรกิจของคุณ เป็นธุรกิจสาธารณะประเภทใด

- ร้านค้าและตลาด  
 ตกแต่ง ก่อสร้าง  
 บาร์ ดิสโก้ ไนท์คลับ และสถานบันเทิงสำหรับผู้ใหญ่  
 ธุรกิจบันเทิงและสถานการ เช่นฟิฟิรภัณฑ์ ห้องสมุด โรงภาพยนตร์ คอนเสิร์ต โรงละคร คาสิโน ศูนย์กีฬา ฟิตเนสเซ็นเตอร์ สระว่ายน้ำ ศูนย์สุขภาพ สกีรีสอร์ท  
 สวนพฤกษศาสตร์และสวนสัตว์  
 งานบริการด้วยบุคคลที่มีการสัมผัสทางกายภาพ เช่นช่างทำผม บริการนวด สตูดิโอสักกลาย และสตูดิโอความงาม  
 อื่น ๆ กรุณาระบุอย่างละเอียด

คุณต้องถูกหักภาษี ณ ที่จ่าย ไซหรือไม่

- ใช่  ไม่ใช่

## 3. เหตุผลในการหยุดพักการจ้างงาน

การยกเลิกการให้บริการของสถานดูแลเด็ก สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี

ข้อมูลผู้ปกครอง

นามสกุล

ชื่อ

วัน เดือน ปีเกิด

หมายเลขประกัน

756

ว, ดด, บบปป

หมายเลข AHV 13 หลัก กรุณากรอกรายการโดยไม่มีจุด และเว้นวรรค  
หมายเลข AHV ของคุณจะอยู่ที่ด้านหลังของบัตรประกันสุขภาพของคุณ

กรอกข้อมูลบุตรที่มีอายุต่ำกว่า 12 ปีทุกคน ที่ได้รับผลกระทบจากการหยุดให้บริการของสถานดูแลเด็กอื่นเนื่องจากการแพร่ระบาดของโคโรนา ขอสงวนสิทธิ์สำหรับวันหยุดโรงเรียน

นามสกุล

ชื่อ

วัน เดือน ปีเกิด

เหตุผลที่ไม่ได้รับบริการการดูแลบุตร

การปิดโรงเรียน (รวมถึงโรงเรียนอนุบาล)

การปิดศูนย์รับดูแลเด็ก KITA

ผู้ดูแลที่ได้รับมอบหมาย จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยง

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแล (กลุ่มเสี่ยง)

อายุสูงกว่า 65 ปี

มีอาการเจ็บป่วย หรือเป็นโรคประจำตัว

ลักษณะอาการเจ็บป่วย และโรคประจำตัวคือ

ความดัน

โรคหัวใจ หลอดเลือด โรคเบาหวานเรื้อรัง

โรคทางเดินหายใจ

โรคที่ต้องรับการบำบัด ที่ส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกัน

อ่อนแอลง

โรคมะเร็ง

เหตุผลที่ระยะเวลาที่ไม่สามารถบริการการดูแลบุตรได้

จาก

ถึง

จำนวนวัน

สิ่งที่แนบมาด้วย: หลักฐานการไม่ได้เข้ารับบริการจากศูนย์รับดูแลเด็ก KITA

การหยุดพักการทำงานเนื่องจากมาตรการกักกัน

จาก

ถึง

ได้รับคำสั่งให้มีการกักกัน ใช่หรือไม่

ใช่  ไม่ใช่

ได้รับคำสั่งให้มีการกักกันจาก (แพทย์, หน่วยงานอื่นๆ)

สิ่งที่แนบมาด้วย: ใบรับรองแพทย์

การปิดดำเนินการของบริษัท เนื่องจากมาตรการของสหพันธรัฐ (สำหรับผู้ประกอบอาชีพอิสระเท่านั้น)

จาก

ว. คค. ๒๒๒๒

ถึง

ว. คค. ๒๒๒๒

การยกเลิกการจัดงานที่ได้วางแผนไว้ สืบเนื่องจากคำสั่งห้ามของเหตุการณ์ในปัจจุบัน (สำหรับผู้ประกอบอาชีพอิสระเท่านั้น)

วันเวลาดังกล่าว

#### 4. การจ่ายเงินชดเชยช่วยเหลือ

---

ช่องทางการจ่ายเงินชดเชย  
เข้าบัญชีธนาคารต่อไปนี้  
ชื่อเจ้าของบัญชี

ธนาคาร และที่อยู่ธนาคาร

IBAN-Nr.

#### การยืนยัน

---

เงินชดเชยช่วยเหลือนี้จะจ่ายให้ในกรณีที่มีการหยุดพักการทำงานจริงเท่านั้น การให้ข้อมูลเท็จมีโทษผิด หากไม่ใช่สิทธิ์ในการได้รับเงินชดเชย สิทธิ์นี้จะสิ้นสุดลงภายในห้าปี หรือหลังจากที่มีการเพิกถอนมาตรการตามมติของสภา

โดยการส่งใบสมัครนี้ ผู้สมัครรับทราบข้อกำหนดข้างต้นและยืนยันความถูกต้องของข้อมูล

#### สิ่งที่แนบมาด้วย:

บัญชีเงินเดือนย้อนหลังสามเดือนที่ผ่านมา

หลักฐานการไม่ได้เข้ารับบริการจากศูนย์รับดูแลเด็ก KITA

ใบรับรองแพทย์ (หลักฐานการกักกันตัว)

หลักฐานการจัดเตรียมงาน

กรุณาอย่าเย็บเอกสารเข้าด้วยกัน