



หนังสือแสดงตน เพื่อแสดงความประสงค์รับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้ป่วยเอดส์
ประจำปีงบประมาณ

เขียนที่

วันที่เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

หมายเลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบลบ้านทาน

อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่oได้.....

เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้ป่วยเอดส์ จากองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านทาน นั้น

วันนี้ ข้าพเจ้าได้มาแสดงตน ต่อเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านทานแล้วว่า ขณะนี้
ข้าพเจ้ายังมีชีวิตอยู่และมีความประสงค์รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ โดยวิธี

ต้องมีใบมอบอำนาจ)

☐ โอนผ่านธนาคาร ในนามตนเอง

☐ โอนผ่านธนาคาร ธกส.สาขาเพชรบุรี หมายเลขบัญชี.....

ในนาม.....(ต้องมีใบมอบอำนาจ)

☐ ไม่ขอรับเบี้ยยังชีพ ผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่เดือน.....เป็นต้นไป

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าการรับเงินเบี้ยยังชีพดังกล่าวข้างต้นเป็นความประสงค์ของข้าพเจ้าทุกประการ

ลงชื่อ.....(ผู้รับเบี้ยยังชีพ)
(.....)

ลงชื่อ.....(เจ้าหน้าที่)
(.....)

กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน กรุณาแนบเอกสารดังนี้

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเบี้ยยังชีพ

๒. สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร

๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจพร้อมรับรองสำเนา (กรณีมอบอำนาจ)

หนังสือมอบอำนาจแสดงตนการดำรงชีวิตอยู่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
ประจำปีงบประมาณ

องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านทาน อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี

เขียนที่บ้านเลขที่.....หมู่.....
ต.บ้านทาน อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า(ผู้ป่วยเอดส์).....
เลขประจำตัวประชาชน.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่.....ตำบลบ้านทาน อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี โทรศัพท์.....
ขอมอบอำนาจให้ (ทายาท/ญาติ).....
เลขประจำตัวประชาชน.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....
เกี่ยวพันเป็น.....กับผู้มอบอำนาจ เป็นผู้มียอำนาจในการแสดงตนการดำรงชีวิตอยู่ เพื่อยืนยัน
สิทธิรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ แทนข้าพเจ้า โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์
ขอรับเงินเบี้ยยังชีพ โดยวิธี

☐ โอนผ่านธนาคาร ธกส.สาขาสานานหมายเลขบัญชี.....

ในนาม.....

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้า
ได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน
แล้ว

- กรณีผู้รับเบี้ยยังชีพเสียชีวิต ผู้รับมอบอำนาจ ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่กองสวัสดิการสังคม ภายใน ๓ วัน
ณ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านทาน

- กรณีผู้รับเบี้ยยังชีพย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องแจ้งเจ้าหน้าที่กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วน
ตำบลบ้านทาน ทราบ ภายใน ๓ วัน เพื่อแจ้งขั้นตอนการรับเบี้ยยังชีพอย่างต่อเนื่อง

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....) (.....)

ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....พยาน
(.....) (.....)

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านทาน

ด้วย..... เลขประจำตัวประชาชน.....
เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. อายุ.....ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน
เลขที่..... ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

1. ที่พักอาศัย

() เป็นของตนเอง

และมีลักษณะ ☐ ขรุขระทรุดโทรมมาก ☐ ขรุขระทรุดโทรมบางส่วน ☐ มั่นคงถาวรดี

() อาศัยผู้อื่นอยู่ ระบุ..... เกี่ยวข้องเป็น.....

2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากหน่วยงานของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

3. การพักอาศัย

() อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....

() พักอาศัยกับ..... รวม.....คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน
มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

4. รายได้ - รายจ่าย

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

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

ถนน..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

โทรสาร..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)