

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลหนองทอง

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

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

ถนน..... ตรอก/ซอย..... หมู่ที่..... ตำบลหนองทอง

อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร รหัสไปรษณีย์ 62150 ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับเงินสงเคราะห์

เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

1. ที่พักอาศัย

() เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ชำรุดทรุดโทรม () ชำรุดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวร

() เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

3. การพักอาศัย

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

() พักอาศัยกับ รวมคน 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.....เกี่ยวข้องกับ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

..... ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลหนองทอง

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มีสิทธิได้รับ การสงเคราะห์
เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่.....นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

.....
(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลปางมะผ้า

ข้าพเจ้า.....ขอมอบอำนาจให้.....เลขประจำตัว
ประชาชน..... อยู่บ้านเลขที่.....ถนน..... ตรอก/ซอย..... หมู่ที่.....
ตำบล..... อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์
..... โทรสาร..... เกี่ยวพันเป็น.....
เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเอง
ทุกประการ

- () แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์
- () แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์
โดยให้จ่ายให้แก่.....
- () เป็นเงินสด
- () โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
เลขที่บัญชี.....
- () แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ใบสอบประวัติ

() ผู้สูงอายุ () ผู้พิการ () ผู้ป่วยโรคเอดส์

1. ชื่อ.....นามสกุล.....

2. เพศ () ชาย () หญิง

3. อายุ.....ปี

4. ที่อยู่

4.1 อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

4.2 กรรมสิทธิ์ในการครอบครอง

() เป็นของตนเอง () อาศัยอยู่ () อื่นๆ (ระบุ).....

5. สถานภาพการสมรส

() โสด () สมรสอยู่ด้วยกัน () สมรสแยกกันอยู่

() หม้ายหย่าร้าง () หม้ายคู่สมรสเสียชีวิต

6. จำนวนบุตร.....คน (มีชีวิตอยู่.....คน)

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่	อาชีพ	รายได้

7. อาชีพปัจจุบัน.....รายได้ปัจจุบัน.....บาท/เดือน
 ที่มาของรายได้.....

8. ระดับการศึกษา.....

9. ความคิดเห็นของผู้สัมภาษณ์.....
.....
.....

(ลงชื่อ)..... ผู้สัมภาษณ์
(นางสาวภคพร แพทย์คำหอม)
ตำแหน่งนักพัฒนาชุมชน
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....