

คู่มือสำหรับประชาชน: การลงทะเบียนและยื่นขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานเทศบาลตำบลประชาสุขสันต์ อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

กระทรวง: กระทรวงมหาดไทย

๑. ชื่อกระบวนการ: การลงทะเบียนและยื่นขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: เทศบาลตำบลประชาสุขสันต์ อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

๓. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

๔. หมวดหมู่ของงานบริการ: รับแจ้ง

๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

- ๑) ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

๖. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป

๗. พื้นที่ให้บริการ: ท้องถิ่น

๘. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -

ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ ๐ วัน

๙. ข้อมูลสถิติ

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๐

จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๐

จำนวนคำขอน้อยที่สุด ๐

๑๐. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน การลงทะเบียนและยื่นขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ เทศบาลตำบลประชาสุขสันต์

๑๑. ช่องทางการให้บริการ

- ๑) สถานที่ให้บริการ สำนักปลัด (งานพัฒนาชุมชน) เทศบาลตำบลประชาสุขสันต์/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (ไม่มีพักเที่ยง)

๑๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

หลักเกณฑ์ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

๑. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว

๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู

หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่าหรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

วิธีการ

๑. ผู้ป่วยเอดส์ ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยตนเองหรือ มอบอำนาจให้ผู้รับมอบอำนาจมาดำเนินการก็ได้

๒. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ โดยพิจารณาจากความเดือดร้อนเป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ

๓. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย่ำที่อยู๋ ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบ ต้องไปยื่นความประสงค์ต่อ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

วิธีการรับเงินดังนี้

๑.รับเงินสดด้วยตนเอง หรือรับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

๒.โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ หรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบ
อำนาจจากผู้มีสิทธิ

๑๓. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์หรือผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐาน และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียน และเอกสารหลักฐานประกอบ	๓๐ นาที	งานพัฒนาชุมชน เทศบาลตำบล ประชาสุขสันต์ อ.ลานกระบือ จ.กำแพงเพชร	-
๒)	การพิจารณา	การตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์ เพื่อพิจารณาอนุมัติ	๑ วัน	“	-

ระยะเวลาในการดำเนินการ รวม ๑ วัน

๑๔.งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

๑๕.รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑๕.๑) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๑)	บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง	-	๑	-	ฉบับ	-
๒)	ทะเบียนบ้านฉบับจริง	-	๑	-	ฉบับ	-
๓)	ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง	-	๑	-	ฉบับ	-
๔)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ผ่านธนาคาร)	-	๑	-	ฉบับ	-
๕)	หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)	-	๑	-	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๖)	บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกให้โดย หน่วยงานของรัฐที่มีรูป ถ่ายของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ ดำเนินการแทน	-	๑	-	ฉบับ	-
๗)	สมุดบัญชีเงินฝาก ธนาคารของผู้รับมอบ อำนาจ (กรณีและผู้ขอรับ เงินเบี้ย ยังชีพผู้ช่วย เอดส์ประสงค์ขอรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้ช่วยเอดส์ ผ่านธนาคารของผู้รับ มอบอำนาจ	-	๑	-	ฉบับ	-

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

๑๖. ช่องทางการร้องเรียน

๑) ช่องทางการร้องเรียน สำนักปลัด เทศบาลตำบลประชาสุขสันต์

หมายเหตุ :

๑. ทางอินเทอร์เน็ต (<http://www.prachasuksan.go.th>)

๒. ทางโทรศัพท์ ๐๕๕ ๘๕๖ ๓๔๑

๓. ทางไปรษณีย์ (๑ หมู่ ๓ ต.ประชาสุขสันต์ อ.ลานกระบือ จ.กำแพงเพชร ๖๒๑๗๐)

๔. ศูนย์ดำรงธรรม เทศบาลตำบลประชาสุขสันต์ (โทร. ๐๕๕ ๘๕๖ ๓๔๑ ต่อ ๑๖)

๕. ร้องเรียนด้วยตนเอง

๖. ผู้รับฟังความคิดเห็น (ตั้งอยู่ ณ หน้าสำนักงานเทศบาลตำบลประชาสุขสันต์)

๒) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

หมายเหตุ (เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐ / สายด่วน ๑๑๑๑ / www.๑๑๑๑.go.th /

ตู้ ปณ.๑๑๑๑ เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐)

๑๗.ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือนพ.ศ.

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลประชาสุขสันต์

ด้วย(คำนำหน้านาม ชื่อ – สกุล ผู้ขอรับการสงเคราะห์).....

เลขประจำตัวประชาชน.....เกิดวันที่เดือนพ.ศ.

อายุปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนเลขที่ หมู่ที่ ถนน ซอยตำบล.....

อำเภอจังหวัดรหัสไปรษณีย์.....ขอแจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์

เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ () ผู้สูงอายุ () ผู้พิการ () ผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

๑. ที่พักอาศัย

() เป็นของตนเองและมีลักษณะ () ขำรุดทรุดโทรม () ขำรุดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวรดี

() เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ

๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทางสามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้าน เป็นระยะทางสามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุด เป็นระยะทางสามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

๓. การพักอาศัย

() อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มางบประมาณ ปี

() พักอาศัยกับ.....รวม คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้ จำนวน.....คน

๔. รายได้ – รายจ่าย

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

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ (คำนำหน้านาม ชื่อ – สกุล)

สถานที่ติดต่อเลขที่ หมู่ที่.....ถนน.....ซอย.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....เป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่ สำนักงานเทศบาลตำบลประชาสุขสันต์

วันที่เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลประชาสุขสันต์

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....

เป็นผู้มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ () เบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ ลำดับที่ นั้น

() เบี้ยยังชีพผู้พิการ

() เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

๑. () เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ () เดือนละ ๑ ครั้ง

() ปีละ ๒ ครั้ง ๆ ละ ๖ เดือน

() เบี้ยยังชีพคนพิการ () เดือนละ ๑ ครั้ง

() ปีละ ๒ ครั้ง ๆ ละ ๖ เดือน

() เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ () เดือนละ ๑ ครั้ง

() ปีละ ๒ ครั้ง ๆ ละ ๖ เดือน

๒. () เป็นเงินสด

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

เลขที่

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการ ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อผู้ขอรับการสงเคราะห์

(.....)

ใบสอบประวัติ

() ผู้สูงอายุ () ผู้พิการ () ผู้ป่วยเอดส์

๑. ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

๒. เพศ () ชาย () หญิง

๓. อายุ ปี

๔. ที่อยู่ (อาศัยอยู่ที่ / เป็นบ้านของใคร)

๔.๑ อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด.....

๔.๒ กรรมสิทธิ์ในการครอบครอง () เป็นของตนเอง () อาศัยผู้อื่น () อื่น ๆ ระบุ.....

๕. สถานภาพการสมรส

() โสด () สมรสอยู่ด้วยกัน () สมรสแยกกันอยู่

() หม้ายหย่าร้าง () หม้ายคู่สมรสเสียชีวิต

๖. จำนวนบุตรคน (มีชีวิตอยู่ คน)

ที่	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่	อาชีพ	รายได้

๗. อาชีพปัจจุบัน.....รายได้ปัจจุบันบาท / เดือน

ที่มาของรายได้.....

๘. ระดับการศึกษา.....

๙. ปัญหาความเดือดร้อน.....

๑๐. ความเห็นของผู้สัมภาษณ์.....

.....

(ลงชื่อ).....ผู้สัมภาษณ์(คณะกรรมการฯ)

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

๑๑. ความเห็นของคณะกรรมการ.....ประจำหมู่บ้าน

.....

.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง

ประจำหมู่บ้าน.....หมู่ที่

วันที่

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

เฉพาะกรณีผู้ป่วยเอดส์มอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ลงทะเบียน
ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ)เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
□-□□□□-□□□□□□-□□-□ ที่อยู่.....
.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้ป่วยเอดส์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือนพ.ศ.อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียน

บ้านเลขที่หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ ซอยถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดรหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□□-□□-□

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ ☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ผู้ป่วยเอดส์ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง

☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ผู้ป่วยเอดส์ผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

☐ สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคารบัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว ☐ เป็นผู้มีความสมัครใจ ☐ เป็นผู้ที่ไม่มีความสมัครใจ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	เรียน นายกเทศมนตรีตำบลประจักษ์ศิลปาคม คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มี ความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)
คำสั่ง ☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่น ๆ..... (ลงชื่อ) (.....) นายกเทศมนตรีตำบลประจักษ์ศิลปาคม วัน/เดือน/ปี 	

(ติดตามรอยเส้นประให้ผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่.....พ.ศ. เป็นต้นไป ในอัตราเดือนละ ๕๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีผู้ป่วยเอดส์ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง

หนังสือมอบอำนาจ

ที่

วันที่ เดือน พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า ซึ่งเป็น (ผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ป่วยเอดส์)
ถือบัตร..... เลขที่ ออกให้ ณ เมื่อวันที่
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด

ขอมอบอำนาจให้ ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่ ออกให้ ณ เมื่อวันที่
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด
เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้า ในกิจการดังต่อไปนี้

- ☐ เป็นผู้ที่มีอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ
- ☐ เป็นผู้รับมอบอำนาจรับเงินเบี้ยยังชีพแทนข้าพเจ้าด้วยเงินสด
- ☐ เป็นผู้รับมอบอำนาจให้โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพ
ชื่อบัญชี.....ธนาคาร.....
ประเภทบัญชี.....เลขที่บัญชี.....
- ☐ เป็นผู้รับมอบอำนาจให้โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้รับมอบอำนาจ
ชื่อบัญชี.....ธนาคาร.....
ประเภทบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการมอบอำนาจให้กระทำการตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่า ข้าพเจ้า
ได้กระทำการดังกล่าวด้วยตนเอง ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

คำร้องสวัสดิการเบี้ยยังชีพ

สำนักงานเทศบาลตำบลประชาสุขสันต์
อำเภอลานกระบือ กำแพงเพชร ๖๒๑๗๐

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงการรับเงินเบี้ยยังชีพ (ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ/ผู้ป่วยเอดส์)

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลประชาสุขสันต์

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....มีความประสงค์.....ขอเปลี่ยนแปลงการรับเงินเบี้ยยังชีพ (ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ/ผู้ป่วยเอดส์) ดังนี้

☐ จากรับเงินสด เป็นโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร.....

ชื่อบัญชี.....เลขที่.....สาขา.....

ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.ถึงเดือน.....พ.ศ.

☐ จากโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร.....ชื่อบัญชี.....

เลขที่.....สาขา.....เป็นรับเงินสด ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.

ถึงเดือน.....พ.ศ.

☐ จากโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร.....ชื่อบัญชี.....

เลขที่.....สาขา.....เป็นโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร.....

ชื่อบัญชี.....เลขที่.....สาขา.....

ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.ถึงเดือน.....พ.ศ.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการให้ข้าพเจ้าตามประสงค์ต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

วันที่พิมพ์	๒๙/๐๕/๒๕๖๓
สถานะ	เผยแพร่บนเว็บไซต์แล้ว
จัดทำโดย	เทศบาลตำบลประชาสุขสันต์ อำเภอ ลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร สก.มท.
อนุมัติโดย	นายกเทศมนตรีตำบลประชาสุขสันต์
เผยแพร่โดย	เทศบาลตำบลประชาสุขสันต์