

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖

เฉพาะกรณีผู้ป่วยเอดส์มอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน: ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้อง
เป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ลงทะเบียน
ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนผู้รับ
มอบอำนาจ ---- ที่อยู่.....
โทรศัพท์มือถือ.....

ข้อมูลผู้ป่วยเอดส์

เขียนที่สำนักงานเทศบาลตำบลนาคำ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า (เด็กชาย / เด็กหญิง / นาย / นาง / นางสาว / อื่นๆ (ระบุ)

ชื่อ.....นามสกุล.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

หมู่บ้าน.....ตำบลนาคำ อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม รหัสไปรษณีย์ ๔๘๑๕๐ โทรศัพท์มือถือ.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ ----

สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ.....

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

เกี่ยวข้องโดยเป็น บิดา-มารดา สามเณร-ภรรยา บุตร พี่น้อง อื่น ๆ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ

ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพความพิการ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

จาก (อบต./ทต.)

มีความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคารสาขาเลขที่บัญชี

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ขอผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน/ผู้รับลงทะเบียน

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ เด็กชาย/เด็กหญิง/นาย/นาง/นางสาว..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> เป็นผู้มีความรู้คุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน/ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีตำบลนาคำ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (นายวุฒิศักดิ์ สิทธิ) ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม กรรมการ (ลงชื่อ) (.จ.อ. ศุภณัฐ รัตนะ) นักป้องกันและบรรเทาสาธารณฯ กรรมการ (ลงชื่อ) (นายภราดร ต้นศรี) นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ</p>
---	---

คำสั่ง
 รับขึ้นทะเบียน ไม่รับขึ้นทะเบียน อื่น ๆ.....

ลงชื่อ
(นายสุบิน สมรฤทธิ)
นายกเทศมนตรีตำบลนาคำ
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ.
การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่เดือน..... พ. ศในอัตราเดือนละ ๑๐๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน
กรณีผู้ป่วยเอดส์ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง