

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

**หมายเหตุ** ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ  
 ผู้ยื่นคำขอฯ [ ] แจ้งด้วยตนเอง ผู้ยื่นคำขอฯ [ ] แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....  
 กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน ชื่อ-สกุล.....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ  
- -  -  ที่อยู่.....  
 .....โทรศัพท์.....

เขียนที่.....  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ด้วยข้าพเจ้า ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) .....นามสกุล.....  
 เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .... อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนา  
 ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของ  
 ผู้ยื่นคำขอ  -  -  -  -  อาชีพ..... รายได้/เดือน.....  
 สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่าร้าง  แยกกันอยู่  อื่น ๆ.....  
 ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ  
 ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

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

- รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
- โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้  
 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย  สำเนาทะเบียนบ้าน  
 สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ผ่านธนาคาร )  
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นราย  
 เดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้น  
 เป็นความจริงทุกประการ

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (ลายมือชื่อ).....  
 (.....) (.....)  
 เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

<p><b>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</b></p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>ได้ตรวจสอบคุณสมบัติหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน</p> <p><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"/> ของ</p> <p>นาย/ นาง/ นางสาว/.....แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ</p> <p>ดังนี้.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p><b>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</b></p> <p>เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลคลองขวาง</p> <p>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว</p> <p>มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(นางสาวอัจฉรา ดิษฐ์รอด)</p> <p>หัวหน้าฝ่ายสวัสดิการและพัฒนาชุมชน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(นายจตุพล กำเนิดมี)</p> <p>หัวหน้าฝ่ายสังคมสงเคราะห์</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(นายนพดล ชูแสง)</p> <p>ผู้อำนวยการกองช่าง รักษาการแทน</p> <p>ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลคลองขวาง</p>
<p><b>คำสั่ง</b></p> <p><input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ .....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(นายนพดล ชูแสง)</p> <p>ผู้อำนวยการกองช่าง รักษาการแทน</p> <p>ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลคลองขวาง</p> <p>นายกองค์การบริหารส่วนตำบลคลองขวาง</p> <p>วัน/เดือน/ปี .....</p>	

.....(ติดตามรอยเส้นประให้ผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้).....

ชื่อ..... นามสกุล..... บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ตำบลคลองขวาง อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ .....เดือน .....พ.ศ. ....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

**เบอร์โทรศัพท์ อบต.คลองขวาง ๐๒-๑๙๐-๕๕๓๖**