

แบบแสดงตนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

(ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๒ ข้อ ๑๐ / ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ ข้อ ๑๐/ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๔ ข้อ ๒๐)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.๒๕๖๑

ชื่อ - สกุล(ผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพ).....

เลขประจำตัวประชาชน.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....

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

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร.....

☐ มาแสดงตนด้วยตนเอง

☐ มาแสดงตนแทน.....

(ต้องมีใบมอบอำนาจ และให้กรอกรายละเอียด)

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวประชาชน.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร.....

ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ () ผู้สูงอายุ () ผู้พิการ () ผู้ป่วยเอดส์
จากองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยเตย อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ โดย

() แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

☐ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ บัญชีเลขที่.....
ชื่อบัญชี.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
บัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

() ไม่ประสงค์จะรับเบี้ยยังชีพ เนื่องจาก.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงปัจจุบัน ไม่เป็นผู้ขาด
คุณสมบัติตามข้อ ๖ แห่งระเบียบฯ

การแสดงตนในครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ โดยจะเริ่มรับเงิน
ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๑ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๒ ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน

(ลงชื่อ).....ผู้มาแสดงตน

(.....)

วันที่...../...../.....

เอกสารประกอบการแสดงตน

☐ 1. บัตรประจำตัวประชาชน

☐ 2. ทะเบียนบ้าน

☐ 3. หนังสือสมุดบัญชีธนาคาร

☐ 4.บัตรประจำตัวคนพิการ

☐ 5. อื่นๆ (ระบุ).....

() ตรวจสอบความถูกต้อง

() ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่

(.....)

วันที่...../...../.....

หนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ใช้เฉพาะแสดงตนมอบอำนาจ แสดงตนการดำรงชีวิตอยู่เพื่อยืนยันสิทธิ
การรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ภายในเดือนตุลาคม ๒๕๖๑

หนังสือมอบอำนาจแสดงตนการดำรงชีวิตอยู่ เพื่อยืนยันสิทธิขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ
และเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....

สัญชาติ.....อยู่บ้านเลขที่.....ชุมชน.....หมู่ที่.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....

สัญชาติ.....อยู่บ้านเลขที่.....ชุมชน.....หมู่ที่.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจในการแสดงตนการดำรงชีวิตอยู่ เพื่อยืนยันสิทธิขอรับเงิน ☐ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

☐ เบี้ยความพิการ ☐ เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ แทนข้าพเจ้า

จนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้ เสมือนหนึ่งข้าพเจ้า
ได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน