ทะเบียนเลขที่…....................../25.......

**แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 25......**

ผู้ยื่นคำขอฯ [ ] แจ้งด้วยตนเอง

 [ ] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น...................กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ – สกุล.............................................................................เลขประจำตัวประชาชน ..............................................................

ที่อยู่.......................หมู่ที่.....................ตำบล....................................อำเภอ........................................จังหวัด..............................

โทรศัพท์.....................................................

เขียนที่......................................................

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

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

เกิดวันที่.............เดือน...................... พ.ศ. ....................อายุ................ปี สัญชาติ..........................มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่................หมู่ที่........ตรอก/ซอย............ถนน.......................ตำบล/แขวง.......................อำเภอ/เขต.......................จังหวัด.........................รหัสไปรษณีย์..............................โทรศัพท์.............................................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ ..................................................................................

สถานภาพสมรส □ โสด □ สมรส □ หม้าย □ หย่าร้าง □ แยกกันอยู่ □ อื่นๆ .................................................

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้……………………………………………….โทรศัพท์........................................................................

เกี่ยวข้องโดยเป็น □ บิดา-มารดา □ บุตร □ สามี-ภรรยา □ พี่น้อง □ อื่นๆ .............................

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ □ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ □ อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

 มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. .............โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

□ รับเงินสดด้วยตนเอง □ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

□ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ □ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

□ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

□ สำเนาทะเบียนบ้าน

□ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง

□ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

□ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)......................................ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ).......................................เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

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

**หมายเหตุ** ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย 🗸 ลงในช่อง □ หน้าข้อความที่ต้องการ

- 2 -

**ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน**

เรียน คณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ

 ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว........................................................................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □ - □□□□ - □□□□□ - □□ - □ แล้ว

 □ เป็นผู้มีสิทธิครบถ้วน

 □ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้......................................................................................................................

 (ลงชื่อ) .............................................. เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

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

 ตำแหน่ง.....................................................................

**ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**

เรียน นายกองค์การบริหารส่วน........................................

 คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

 □ สมควรรับขึ้นทะเบียน

 □ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

 ................................................ ……….………………………… ………..……………………..

 (.........................................................) (...............................................) (……..………….…………………)

กรรมการ กรรมการ กรรมการ

**คำสั่ง**

 □ รับขึ้นทะเบียน

 □ ไม่รับขึ้นทะเบียน

 □ อื่นๆ.......................................................................................................................................................

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

 นายกองค์การบริหารส่วนตำบล................................

 ........... / .................. / ................

**หนังสือมอบอำนาจยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์**

 ที่ ................................................

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

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า ..................................................... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร .......................................

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

 ขอมอบอำนาจให้ .............................................................................. เกี่ยวพันเป็น ..........................................

ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร ........................................ เลขที่ ............................................. ออกให้ ณ .........................................

เมื่อวันที่ ............................. .อยู่บ้านเลขที่ ............... หมู่ที่ ........... ตรอก/ซอย .................. ถนน ....................... แขวง/ตำบล ........................................... เขต/อำเภอ .................................. จังหวัด ................................................... โทรศัพท์ .........................................................

 เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

 ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำ ด้วยตนเองทั้งสิ้น

 เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

 ลงชื่อ....................................................ผู้มอบอำนาจ

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

 ลงชื่อ............................................................ผู้รับมอบอำนาจ

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

 ลงชื่อ............................................................พยาน

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

 ลงชื่อ............................................................พยาน

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

**หนังสือมอบอำนาจยื่น**รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

 ที่ ................................................

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

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า ............................................................ ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร ................................................

เลขที่ ......................................................... ออกให้ ณ .......................................... เมื่อวันที่ .............................................

อยู่บ้านเลขที่ ........... หมู่ที่ ....... ตรอก/ซอย .............................. ถนน ................... แขวง/ตำบล ................................ เขต/อำเภอ ...................................... จังหวัด......................................... โทรศัพท์ ...........................................

 ขอมอบอำนาจให้ ..................................................................... เกี่ยวพันเป็น ............................................

ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร ........................................ เลขที่ ........................................... ออกให้ ณ .................................

เมื่อวันที่ ......................................... .อยู่บ้านเลขที่ ...................... หมู่ที่ ........... ตรอก/ซอย ................................... ถนน .......................................... แขวง/ตำบล .............................................. เขต/อำเภอ ....................................... จังหวัด ................................................... โทรศัพท์ .........................................................

 เป็นผู้มีอำนาจ รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ “ทั้งในขณะมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงกรมอบอำนาจ

 ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

 เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

 ลงชื่อ .......................................................... ผู้มอบอำนาจ

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

 ลงชื่อ ................................................................... ผู้รับมอบอำนาจ

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

 ลงชื่อ ................................................................... พยาน

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

 ลงชื่อ ............................................................... พยาน

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