

ทะเบียนเลขที่.....

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด

ด้วย (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....สกุล.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนา
ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชุมชน/หมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เป็นเอสที่ยื่นคำขอ ---
ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

1. ที่พักอาศัย

() เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ขรุขระทรุดโทรม () ขรุขระทรุดโทรมบางส่วน () มั่งคั่งถาวร
() เป็นของ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....
อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....
อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

3. การพักอาศัย

() อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....

() พักอาศัยกับ.....รวม.....คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน
มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

4. รายได้ - รายจ่าย

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

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

บุคคลที่สามารถได้.....สถานที่ติดต่อเลขที่.....

ถนน.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....

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

โทรศัพท์.....โทรสาร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ถ้อยคำ
(.....)

หนังสือแสดงความประสงค์ในการขอรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....สกุล.....
เป็นผู้มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่.....นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

- | | |
|---|--|
| ☐ รับเงินสดด้วยตนเอง | ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ |
| ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ | ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ |

บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

บัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

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

หนังสือรับรองว่าจะแจ้งการเสียชีวิต

เขียนที่.....
.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับรองว่าจะแจ้งการตายของ.....

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อาชีพ.....
ตำแหน่ง.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
ขอรับรองว่าหาก.....ผู้ป่วยเอดส์ผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
ซึ่งอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ข้าพเจ้าจะแจ้งให้องค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด ทราบภายใน ๓ วัน นับแต่วันที่บุคคลดังกล่าวถึงแก่กรรม

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ ผู้รับรอง จะต้องเป็นข้าราชการตั้งแต่ระดับ ๓ หรือมียศตั้งแต่ร้อยตรี หรือเรือตรี เรืออากาศตรี
หรือยศตำรวจตรีขึ้นไป หรือบุคคลที่น่าเชื่อถือ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน

หนังสือรับรองบุคคล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชุมชน/หมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ขอรับรองว่า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชุมชน/หมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ใน
บ้านจริง และยังมีชีวิตอยู่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ทะเบียนเลขที่.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

ผู้ยื่นคำขอ ☐ แจ้งด้วยตนเอง

☐ ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน
ชื่อ - สกุล..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
ทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ชุมชน/หมู่บ้าน..... ตรอก/ซอย.....
ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วย (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....สกุล.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ..... ปี สัญชาติ..... มีชื่ออยู่ในสำเนา
ทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ชุมชน/หมู่บ้าน..... ตรอก/ซอย.....
ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เป็นเอดส์ที่ยื่นคำขอ ☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ.....
บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้..... โทรศัพท์.....

เกี่ยวข้องเป็น ☐ บิดา - มารดา ☐ บุตร ☐ สามี - ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ อื่นๆ.....

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....โดยวิธีดังนี้ (เลือก1วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจาก
ผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ(นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....สกุล.....

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

☐ เป็นผู้ที่มีสิทธิครบถ้วน

☐ เป็นผู้ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

(ลงชื่อ)

(.....)

กรรมการ

(ลงชื่อ)

(.....)

กรรมการ

(ลงชื่อ)

(.....)

กรรมการ

คำสั่ง

☐ รับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน

☐ อื่น ๆ.....

(ลงชื่อ)

(นายทรงศิลป์ ภูกาสอน)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ใบสอบประวัติ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

() ผู้สูงอายุ () ผู้พิการ () ผู้ป่วยเอดส์

1. (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....สกุล.....

2. เพศ () ชาย () หญิง

3. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

4. อายุ.....ปี

5. ข้อมูลที่อยู่อาศัย

5.1 ชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชุมชน/หมู่บ้าน.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....

5.2 กรรมสิทธิ์ในการครอบครอง

() เป็นของตนเอง () เป็นผู้อยู่อาศัย () เป็นกรรมสิทธิ์ของผู้อื่น () อื่นๆ (ระบุ).....

6. สถานภาพสมรส

() โสด () สมรส () หม้าย () หย่าร้าง () แยกกันอยู่ () อื่นๆ (ระบุ).....

7. การศึกษา

() กำลังศึกษา () จบการศึกษา

ระดับการศึกษา () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา () มัธยมศึกษาปลาย ()ปริญญาตรี () อื่นๆ (ระบุ).....

8. จำนวนบุตร.....คน (มีชีวิตอยู่.....คน)

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่	อาชีพ	รายได้

9. การประกอบอาชีพ

() ไม่ได้ประกอบอาชีพ () ประกอบอาชีพ ระบุ.....

รายได้.....บาท/เดือน

10. สภาพครอบครัวและข้อเท็จจริง.....

.....
.....
.....
.....

11. ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้สัมภาษณ์.....
.....
.....
.....
.....
.....

(ลงชื่อ) ผู้สัมภาษณ์
(นางสาวอรดี โกมะหะวงศ์)
ตำแหน่ง นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ความเห็นของผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม

.....

(ลงชื่อ)
(นางเกษรา ปาปะโม)
ผู้อำนวยการกองคลัง รักษาการแทน
ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม

ความเห็นของปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

.....

(ลงชื่อ)
(นายสมัย ภูคกงั่ว)
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด

ความเห็นนายกองค์การบริหารส่วนตำบล

.....

(ลงชื่อ)
(นายทรงศิลป์ ภูกาสอน)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด

ข้าพเจ้า.....ขอความอำนาจให้.....
เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ชุมชน/หมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
เกี่ยวของเป็น.....เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้
และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทุกประการ

() แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

() แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

โดยให้จ่าย ให้แก่.....

() เป็นเงินสด

() โอนเข้าบัญชีธนาคารเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

บัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

() แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)