

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบางพลวง

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ..... ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....

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

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

ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติมดังนี้

1. ที่พักอาศัย

() เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ขำรุดทรุดโทรม () ขำรุดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวร

() เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุด เป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

3. การพักอาศัย

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

() พักอาศัยกับ รวมคน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

4. รายได้ - รายจ่าย

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

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....สถานที่ติดต่อเลขที่..... ตรอก/ซอย

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....เกี่ยวข้องกับ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับแบบคำขอ

(.....)

ตำแหน่ง

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มีสิทธิได้รับ
การสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่.....นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

- () เป็นเงินสด
- () โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลบางพลวง

ข้าพเจ้า.....ขอมอบอำนาจให้.....
เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....
ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
โทรสาร.....เกี่ยวพันเป็น.....เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าใน
กิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเอง ทุกประการ

() แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

() แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

() เป็นเงินสด

() โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

เลขที่บัญชี.....

() แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

แบบแสดงตนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย

ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

พ.ศ. ๒๕๔๘

เขียนที่.....

.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทร.....

() มาแสดงตนด้วยตนเอง

() มาแสดงตนแทน.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทร..... ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิรับ
เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ จากองค์การบริหารส่วนตำบลบางพลวง

ขอแสดงตนต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลบางพลวง ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่า
ด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ข้อ ๒๐ (๑) และข้าพเจ้า (ผู้มีสิทธิ
รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ)

() มีความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ในปีงบประมาณ.....ต่อไป

() ไม่ประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ในปีงบประมาณ.....ต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้มาแสดงตน

(.....)

วันที่.....

.....
() ตรวจสอบถูกต้อง

() ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่

(.....)

วันที่.....

หนังสือรับรองว่าจะแจ้งการเสียชีวิต

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ.....จังหวัด.....

สถานที่ทำงาน.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ขอรับรองว่าหาก(นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ.).....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตำบล/แขวง.....บางพลวง.....อำเภอ/เขต.....บ้านสร้าง.....จังหวัด.....ปราจีนบุรี.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....ผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิตลงเมื่อใด

ข้าพเจ้าจะแจ้งให้องค์การบริหารส่วนตำบลบางพลวง ทราบภายใน ๓ วัน นับแต่วันเสียชีวิต

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

หมายเหตุ : ผู้รับรองควรเป็นกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ของหมู่บ้านนั้น ๆ นายทะเบียนท้องถิ่น หรือข้าราชการตั้งแต่ระดับ ๓ หรือเทียบเท่า หรือผู้มียศ ตั้งแต่ร้อยตรี เรืออากาศตรี หรือร้อยตำรวจตรี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านนั้น พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการและผู้รับรองสำเนา