

(แบบฟอร์มตัวอย่าง)

ทะเบียนเลขที่...../๒๕.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

(เฉพาะกรณีผู้ป่วยเอดส์มอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนแทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ลงทะเบียน

ชื่อ-สกุล(ผู้รับมอบอำนาจ).....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

□-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้ป่วยเอดส์

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเต่า.....

วันที่.....๕.....เดือน.....ตุลาคม.....พ.ศ.....๒๕๖๓.....

ด้วยข้าพเจ้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....อารมณดี.....นามสกุล.....มีความสุข.....

เกิดวันที่.....๑๑.....เดือน.....กันยายน.....พ.ศ.....๒๕๐๓.....อายุ.....๖๑.....ปี สัญชาติ.....ไทย.....

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....๑.....หมู่ที่.....๕.....ตรอก/ซอย.....-.....ถนน.....-.....

ตำบล/แขวง.....เกาะเต่า.....อำเภอ/เขต.....ปะพะย้อม.....จังหวัด.....พัทลุง.....

รหัสไปรษณีย์.....๙๓๒๑๐.....โทรศัพท์.....๐-๑๒๓-๔๕๖๗.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ.....□-□□□□-□□□□□-□□□□.....

สถานภาพ.....□ โสด.....☒ สมรส.....□ หม้าย.....□ หย่าร้าง.....□ แยกกันอยู่.....□ อื่น.....

รายได้ต่อเดือน.....๕,๐๐๐.....บาท อาชีพ.....ทำสวน.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

□ ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ.....□ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์.....

□ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพความพิการ.....□ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

จาก.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....๒๕๖๓ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

□ รับเงินสดด้วยตัวเอง.....□ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ.....

☒ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ.....□ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ.....

ธนาคาร.....กรุงไทย.....สาขา.....ควนขนุน.....เลขที่บัญชี.....๑๒๓๔๕๖๗๘๙๐.....

พร้อมเอกสาร ดังนี้

☒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย.....

☒ สำเนาทะเบียนบ้าน.....

☒ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร).....

□ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐบาลท้องถิ่น หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....อารมณดี มีความสุข.....

(ลงชื่อ).....

(.....นางอารมณดี มีความสุข.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง.....□ หน้าข้อความที่ต้องการ

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</b></p> <p><b>เรียน</b> คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ<br/>ได้ตรวจสอบคุณสมบัติ นาย/นาง/นางสาว</p> <p>.....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน</p> <p>□-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว</p> <p>□ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน</p> <p>□ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ).....<br/>(.....)<br/>เจ้าหน้าที่ผู้จดทะเบียน</p> | <p><b>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</b></p> <p><b>เรียน</b> นายกองค้การบริหารส่วนตำบลเกาะเต่า<br/>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้<br/>ตรวจสอบแล้วมีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน</p> <p>(ลงชื่อ).....<br/>(.....)</p> <p>(ลงชื่อ).....<br/>(.....)</p> <p>(ลงชื่อ).....<br/>(.....)</p> |
| <p><b>คำสั่ง</b></p> <p><input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น.....</p> <p>(ลงชื่อ).....<br/>(นายสุพจน์ คำแก้ว)<br/>นายกองค้การบริหารส่วนตำบลเกาะเต่า<br/>วันที่.....</p>                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้



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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....  
โดยจะได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ..... ในอัตรา  
เดือนละ ๕๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีผู้ป่วยเอดส์ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียน  
ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ทันที ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้  
ต่อเนื่อง

## แบบคำขอรับการสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....๕.....เดือน.....ตุลาคม.....พ.ศ. ๒๕๖๓.....

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเต่า

ด้วย.....นางอารมณดี มีความสุข.....เลขประจำตัวประชาชน.....๑๒๓๔๕๖๗๘๙๐๑๒๓๔.....  
เกิดวันที่.....๑๑.....เดือน.....กันยายน.....พ.ศ. ๒๕๐๓.....อายุ.....๖๑.....ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....๑.....  
ถนน.....-.....ตรอก/ซอย.....-.....หมู่ที่.....๕.....ตำบล.....เกาะเต่า.....  
อำเภอ.....ป่าพะยอม.....จังหวัด.....พัทลุง.....รหัสไปรษณีย์.....๙๓๒๑๐.....ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับเงินสงเคราะห์  
เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

### ๑. ที่พักอาศัย

- ( / ) เป็นที่ของตนเอง และมีลักษณะ ( / ) ขำรุดทรุดโทรม ( ) ขำรุดทรุดโทรมบางส่วน ( ) มั่นคงถาวร  
( / ) เป็นของ.....นายจิตดี มีความสุข.....เกี่ยวข้องเป็น.....บิดา.....

### ๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....กิโลเมตร สามารถเดินทางได้

- ( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก.....  
อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้าน เป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้  
( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก.....  
อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้  
( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก.....

### ๓. การพักอาศัย

- ( ) อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....  
( / ) พักอาศัยกับ.....รวม.....๔.....คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้ จำนวน.....๒.....คน  
มีรายได้รวม.....๑๐,๐๐๐.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....ป่วย.....

### ๔. รายได้-รายจ่าย

มีรายได้รวม.....๑๐,๐๐๐.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....รับจ้างกรีดยาง.....  
นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....อุปโภค-บริโภค.....  
บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....นายจิตดี มีความสุข.....สถานที่ติดต่อเลขที่.....๑.....  
ถนน.....-.....ตรอก/ซอย.....-.....หมู่ที่.....๕.....ตำบล.....เกาะเต่า.....  
อำเภอ.....ป่าพะยอม.....จังหวัด.....พัทลุง.....รหัสไปรษณีย์.....๙๓๒๑๐.....  
โทรศัพท์.....๐๘๑-๗๖๘๔๕๓.....โทรสาร.....-.....เกี่ยวข้องเป็น.....บิดา.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....อารมณดี มีความสุข.....ผู้ให้ถ้อยคำ  
(.....นางอารมณดี มีความสุข.....)

## หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเต่า

วันที่ ๕ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเต่า

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า นางอารมณีดี มีความสุข เป็นผู้มีสิทธิได้รับการ  
สงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ ผู้ป่วยเอดส์ นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

( ) เป็นเงินสด

( ) โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร ธ.ก.ส. สาขา ป่าพะยอม  
เลขที่บัญชี ๐๑-๑๒๓๔๕๖๗

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

อารมณีดี มีความสุข

(นางอารมณีดี มีความสุข)

## หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเต่า.....

วันที่.....๒.....เดือน.....กรกฎาคม.....พ.ศ.๒๕๖๓.....

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเต่า

ข้าพเจ้า.....นางอารมณีดี มีความสุข.....ขอมอบอำนาจให้.....นายดุแล รักษา.....  
เลขประจำตัวประชาชน.....๑๒๓๔๕๖๗๘๙๐๑๑.....อยู่บ้านเลขที่.....๑๐.....ถนน.....ป่าพะยอม-ควนดินสอ.....  
ตรอก/ซอย.....-.....หมู่ที่.....๒.....ตำบล.....เกาะเต่า.....อำเภอ.....ป่าพะยอม.....จังหวัด.....พัทลุง.....  
รหัสไปรษณีย์.....๙๓๒๑๐.....โทรศัพท์.....๐๘๑-๗๖๖๔๕๖๒.....โทรสาร.....-.....  
เกี่ยวพันเป็น.....บิดา.....เป็นผู้มีอำนาจกระทำแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือ  
เสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทุกประการ

( / ) แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

( / ) แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

โดยให้จ่ายให้แก่.....นายดุแล รักษา.....

( / ) โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....ธ.ก.ส.....สาขา.....ป่าพะยอม.....

เลขที่บัญชี.....๐๑- ๑๒๓๔๕๖๗๘๙๘.....

( / ) แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

(ลงชื่อ).....อารมณีดี มีความสุข.....ผู้มอบอำนาจ

(.....นางอารมณีดี มีความสุข.....)

(ลงชื่อ).....ดุแล รักษา.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....นายดุแล รักษา.....)

(ลงชื่อ).....พิทักษ์ ยังอยู่.....พยาน

(.....นายพิทักษ์ ยังอยู่.....)

(ลงชื่อ).....จงดี้ คิตดี.....พยาน

(.....นางจงดี้ คิตดี.....)