

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๗

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

เฉพาะกรณีผู้ป่วยมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับ
 คนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลผู้ป่วยตามระเบียบฯ
 ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์).....
 เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ ---- ที่อยู่.....
โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้ป่วยเอดส์

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลกุยเหนือ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำนำหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....
 ชื่อ.....นามสกุล.....
 เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียน
 บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล.....กุยเหนือ อำเภอ.....จังหวัด.....
 ประจวบคีรีขันธ์ รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
 หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ ---
 สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ.....
 บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....
 ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามา

อยู่ใหม่เมื่อ.....
☐ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....
☐ ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเอง ☐ มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ ☐ ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเอง
☐ มีอาชีพ (ระบุ).....รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....บาท

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)
☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้
☐ หนังสือรับรองแพทย์ ☐ ทะเบียนบ้าน
☐ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/เด็กหญิง/ เด็กชาย..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - - แล้ว ☐ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลกุยเหนือ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)
---	---

คำสั่ง

☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่นๆ.....

(ลงชื่อ).....
 (นายอื่น ทรนวดพราหม)
 ตำแหน่ง นายกองค์การบริหารส่วนตำบลกุยเหนือ
 วัน/เดือน/ปี.....

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)-----

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

การลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ครั้งนี้ โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ภายในวันที่ ๑๐ ของ
 ทุกเดือน โดยเริ่มตั้งแต่เดือน..... พ.ศ..... เป็นต้นไป กรณีผู้ป่วยเอดส์ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น ให้ไป
 ยื่นคำขอลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ณ ที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ นับตั้งแต่วันที่ ย้ายภูมิลำเนา