

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ พ.ศ.....

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

ผู้ยื่นคำขอฯ แจ้งด้วยตนเอง

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ ที่ขอขึ้น

ทะเบียน ชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน ---

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

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

เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... อายุ.....ปี สัญชาติ ไทย มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน

.....หมู่ที่.....ตรอก / ซอย.....ถนน.....ตำบล.....ลำพยนต์.....อำเภอ.....ตากฟ้า.....

จังหวัด.....นครสวรรค์..... รหัสไปรษณีย์.....๖๐๑๙๐..... โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนที่ยื่นคำขอ ---

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ.....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

เกี่ยวข้องโดยเป็น บิดา - มารดา บุตร สามเณร - ภรรยา พี่น้อง อื่น ๆ.....

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพคนพิการ

ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๘ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี ---

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย สำเนาทะเบียนบ้าน

ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลรัฐบาล

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

((ลงชื่อ).....

((ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ / ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

(ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้ป่วยเอดส์ ที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว/</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□□□ แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้</p> <p>(ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลลำพยนต์ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p>
---	--

รับลงทะเบียน ไม่รับลงทะเบียน อื่น ๆ.....

(ลงชื่อ).....
(.....)
นายกองค้การบริหารส่วนตำบลลำพยนต์
วัน/เดือน/ปี.....

(ตัดตามรอยเส้นประให้คนผู้ป่วยเอดส์ ที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยผู้ป่วยเอดส์

(อบต.ลำพยนต์ โทร.๐-๕๖๒๙-๘๘๘๘ ต่อ ๑๒) ผู้รับลงทะเบียน.....
(.....)