

แบบคำร้องขอรับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

ผู้ยื่นคำขอฯ [] แจ้งด้วยตนเอง
 [] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน
 ชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน
 ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....
 เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ.อายุ.....ปี สัญชาติ.....อาชีพ.....
 มีรายได้จาก.....รายได้ต่อเดือน.....บาท มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
 ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....ดอนศิลา.....อำเภอ/เขต.....เวียงชัย.....จังหวัด.....เชียงราย.....
 รหัสไปรษณีย์.....57210.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ

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

เกี่ยวข้องโดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ อื่นๆ.....

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

- ☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นผู้ป่วยเอดส์/เอดส์เต็มขั้น จริง
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน หากเทศบาลตำบลดอนศิลา ตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังแล้วพบว่า
 ข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการรับเงินสงเคราะห์ฯ ข้าพเจ้ายินดีให้ เทศบาลตำบลดอนศิลา เรียกคืนเงินที่ไม่ควรพึงได้รับจากข้าพเจ้า
 ครบตามจำนวนที่ข้าพเจ้าได้รับไป

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน
 (.....) (.....)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน แล้ว

☐ เป็นผู้ที่มีสิทธิครบถ้วน

☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลดอนศิลา

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

(.....)

กรรมการ

(.....)

กรรมการ

(.....)

กรรมการ

คำสั่ง

☐ รับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน

อื่นๆ.....

.....

..... / /

แบบรับรองสถานะของครัวเรือน

เขียนที่.....

ผู้รับรองคนที่ 1 ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....

สังกัดหน่วยงาน.....วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน

ออกให้โดย.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ผู้รับรองคนที่ 2 ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....

สังกัดหน่วยงาน.....วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน

ออกให้โดย.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่า (นาง/นางสาว/นาย).....เป็นบุคคล ที่อยู่ในครัวเรือนยากจน
หรือครัวเรือนที่เสี่ยงต่อความยากจนจริง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- ☐ มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลอนศิลา
- ☐ มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ (เอกสารอ้างอิง เช่น บัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือข้อมูล จปฐ.)
- ☐ ถูกทอดทิ้ง / ขาดผู้อุปการะ
- ☐ ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้
- ☐ ที่พักอาศัย

() เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ขำรุตทุตรโทรม () ขำรุตทุตรโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวร

() เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

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

() พักอาศัยกับ รวมคน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน

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

.....

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

(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 1

(.....)

ตำแหน่ง...ผู้ใหญ่บ้าน บ้าน.....หมู่ที่.....

วันที่...../...../.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 2

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....