ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. .....

ผู้ยื่นคำขอฯ [ ] แจ้งด้วยตนเอง

[ ] ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ – สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

เขียนที่ เทศบาลตำบลเชียงดาว

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....-.....ถนน.....-.....ตำบลเชียงดาว

อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ รหัสไปรษณีย์ ๕๐๑๗๐ โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

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

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

เกี่ยวข้องโดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามี-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ อื่น ๆ .....

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

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

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

☐ หนังสือที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

(.....) (.....)

<u>หมายเหตุ</u> ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

เรียน คณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐ แล้ว

☐ เป็นผู้มีสิทธิครบถ้วน

☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้..... .....

(ลงชื่อ) ..... เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน
(.....)
ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลเชียงดาว

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

(.....) (.....) (.....)
ประธานกรรมการ กรรมการ กรรมการ

คำสั่ง

☐ รับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน

☐ อื่น ๆ.....
.....

(.....)
นายกเทศมนตรีตำบลเชียงดาว
..... / ..... / .....

หนังสือมอบอำนาจ

ที่ เทศบาลตำบลเชียงดาว

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า ..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐ ออกให้ ณ ..... เมื่อวันที่ ..... อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย .....-..... ถนน .....-..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

ขอมอบอำนาจให้ ..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐ ออกให้ ณ .....เมื่อวันที่..... อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย .....-..... ถนน .....-..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ..... ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน
(.....)

หนังสือพินัยกรรม

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบลเชียงดาว อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

ขอทำพินัยกรรมไว้ว่าเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตายแล้ว ให้เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับ
ก่อนตายตกทอดแก่..... อายุ.....ปี สัญชาติ.....ไทย.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ทำพินัยกรรม
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า.....ได้ทำพินัยกรรมต่อหน้าข้าพเจ้าและผู้ทำพินัยกรรม
มีสิติสัมปชัญญะบริบูรณ์ทุกประการ ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อเป็นพยานไว้ในพินัยกรรม

ลงชื่อ ..... พยาน
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน
(.....)

หมายเหตุ
๑. ห้ามมิให้ผู้รับมรดกหรือคู่สมรสของผู้รับมรดกตามพินัยกรรมฉบับนี้เป็นผู้เขียนหรือพยาน
๒. บุคคลที่เป็นพยานจะต้องลงลายมือชื่อ จะลงลายนิ้วมือไม่ได้
๓. บุคคลที่เป็นพยานจะต้องบรรลุนิติภาวะ ไม่เป็นบุคคลวิกลจริตหรือบุคคลที่ศาลสั่งเป็นคนไร้ความสามารถหรือหูหนวกหรือเป็นใบ้หรือตาบอดทั้งสองข้าง

แบบสอบข้อเท็จจริงผู้รับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

งานสวัสดิการสังคม ฝ่ายอำนวยการ สำนักปลัด เทศบาลตำบลเชียงดาว

ชื่อ – สกุล (ผู้ขอใช้บริการ) นาย/นาง/นางสาว .....

ติดต่อขอรับความช่วยเหลือโดย .....

ผู้ขอรับการสงเคราะห์ อายุ ..... ปี เชื้อชาติ ..... สัญชาติ ..... ศาสนา .....

สถานภาพการสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ หม้าย

วัน/เดือน/ปีเกิด ..... **บัตรประชาชนเลขที่** ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตำบลเชียงดาว อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ **ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับทะเบียนบ้าน**

บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน ..... ตำบล..... อำเภอ .....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... อาชีพ ..... มีรายได้เดือนละ ..... บาท

สถานภาพการอยู่อาศัย ☐ บ้านตนเอง ☐ บ้านบิดา/มารดา/ญาติ ☐ บ้านเพื่อน/คนรู้จัก

☐ บ้านเช่า ☐ อยู่กับผู้จ้าง ☐ ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง

ลักษณะสภาพภายในที่อยู่อาศัย .....

สภาพสิ่งแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย .....

จำนวนสมาชิกภายในครอบครัว ..... คน **จำนวนบุตรที่อยู่ในความอุปการะ** ..... คน

ที่	ชื่อ - สกุล	อายุ (ปี)	ความเกี่ยวข้อง	อาชีพ	รายได้

สาเหตุปัญหาความเดือดร้อน .....

ลักษณะการครองชีพของผู้ใช้บริการและครอบครัว .....

ประวัติการได้รับความช่วยเหลือจาก หน่วยงาน/องค์กร/บุคคล .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ..... ผู้ใช้บริการ
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้เยี่ยมบ้าน
(.....)
ตำแหน่ง

เอกสารประกอบการยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
งานสวัสดิการสังคม ฝ่ายอำนวยการ สำนักปลัดเทศบาล
เทศบาลตำบลเชียงดาว อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

กรณีผู้มีสิทธิยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ด้วยตนเอง

๑. แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน ๑ ชุด
๒. หนังสือที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
๔. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
๕. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร จำนวน ๑ ฉบับ
๖. แบบสอบข้อเท็จจริงผู้รับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน ๑ ฉบับ

หมายเหตุ : ให้ผู้มีสิทธิรับรองสำเนาเอกสารทุกฉบับ

กรณีผู้มีสิทธิมอบอำนาจให้บุคคลอื่นดำเนินการยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์แทน

๑. แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน ๑ ชุด
๒. หนังสือที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิ จำนวน ๒ ฉบับ
๔. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิ จำนวน ๒ ฉบับ
๕. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร จำนวน ๑ ฉบับ
๖. แบบสอบข้อเท็จจริงผู้รับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน ๑ ฉบับ
๗. หนังสือมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ
๘. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ
๙. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ

หมายเหตุ : ให้ผู้มีสิทธิและผู้รับมอบอำนาจรับรองสำเนาเอกสารทุกฉบับ