

**แบบยืนยันชื่อและแจ้งรับเงินสดที่หมู่บ้าน**  
**เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ 2563**  
**“องค์การบริหารส่วนตำบลเสมาใหญ่ อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา”**

เขียนที่ .....

วันที่.....เดือน ..... พ.ศ. ....

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

วันเดือนปีเกิด ..... อายุ.....ปี(ตามปีงบประมาณ) อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ตำบล เสมาใหญ่ อำเภอ บัวใหญ่ จังหวัด นครราชสีมา รหัสไปรษณีย์ 30120 โทร. ....

 มาแสดงตนด้วยตนเอง มอบอำนาจมายืนยันชื่อและแจ้งรับเงินสดที่หมู่บ้านแทน...ต้องมีหนังสือมอบอำนาจ...

ผู้รับเบี้ยยังชีพ ชื่อ-สกุล..... เลขประจำตัวประชาชน..... อายุ.....ปี(ตามปีงบประมาณ) ที่อยู่ปัจจุบันอาศัยอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทร. ....

ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ป่วยเอดส์ จากองค์การบริหารส่วนตำบลเสมาใหญ่ อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา รหัสไปรษณีย์ 30120 โดยแจ้งขอรับเงิน โดย

 รับเงินสดที่หมู่บ้าน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ที่ได้รับเงินเดือนค่าตอบแทนรายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นคนพิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548 และ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553 และแก้ไขเพิ่มเติม และข้าพเจ้าขอรับรองว่าตั้งแต่ข้าพเจ้ารับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุมาตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงปัจจุบัน ไม่เป็นผู้ขาดคุณสมบัติตามข้อ 6 แห่งระเบียบฯ

การยืนยันชื่อและแจ้งรับเงินสดที่หมู่บ้านนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่ เดือน ตุลาคม 2562 ถึงเดือนกันยายน 2563 ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน กรณีผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ป่วยเอดส์ ออกจากทะเบียนบ้านไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ป่วยเอดส์ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนกันยายน ของปีที่ย้ายไป ทั้งนี้ เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง และหากผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ป่วยเอดส์ ย้ายออกจากทะเบียนบ้านไปจะต้องแจ้ง งานพัฒนาชุมชน กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลเสมาใหญ่ ทราบก่อนจะดำเนินการย้ายเพื่อเป็นการรักษาสีทธิในการรับเงินดังกล่าว

ลงชื่อ.....ผู้สูงอายุ/ผู้รับมอบอำนาจ      ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่  
 (.....)      (.....)

## แบบยืนยันชื่อและหมายเลขบัญชี

เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ 2563

“องค์การบริหารส่วนตำบลเสมาใหญ่ อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา”

เขียนที่ .....

วันที่.....เดือน ..... พ.ศ. ....

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

วันเดือนปีเกิด ..... อายุ.....ปี(ตามปีงบประมาณ) อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ตำบล เสมาใหญ่ อำเภอ บัวใหญ่ จังหวัด นครราชสีมา รหัสไปรษณีย์ 30120 โทร. ....

 มาแสดงตนด้วยตนเอง มอบอำนาจมายืนยันชื่อและหมายเลขบัญชีธนาคารแทน...ต้องมีหนังสือมอบอำนาจ...

ผู้รับเบี้ยยังชีพ ชื่อ-สกุล..... เลขประจำตัวประชาชน.....

อายุ.....ปี(ตามปีงบประมาณ) ที่อยู่ปัจจุบันอาศัยอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล .....

อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทร. ....

ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ป่วยเอดส์ จากองค์การบริหารส่วนตำบลเสมาใหญ่ อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา รหัสไปรษณีย์ 30120 โดยแจ้งขอรับเงิน โดย

 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ร.กรุงเทพ ชื่อบัญชี..... หมายเลขบัญชี.....

ร.กส ชื่อบัญชี..... หมายเลขบัญชี.....

ร.อมลสิน ชื่อบัญชี..... หมายเลขบัญชี.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ที่ได้รับเงินเดือนค่าตอบแทนรายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นคนพิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548 และ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553 และแก้ไขเพิ่มเติม และข้าพเจ้าขอรับรองว่าตั้งแต่ข้าพเจ้ารับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุมาตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงปัจจุบัน ไม่เป็นผู้ขาดคุณสมบัติตามข้อ 6 แห่งระเบียบฯ

การยืนยันชื่อและหมายเลขบัญชีนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่ เดือน ตุลาคม 2562 ถึงเดือน กันยายน 2563 ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน กรณีผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ป่วยเอดส์ ออกจากทะเบียนบ้านไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ป่วยเอดส์ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือน กันยายน ของปีที่ย้ายไป ทั้งนี้ เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง และหากผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ป่วยเอดส์ ย้ายออกจากทะเบียนบ้านไปจะต้องแจ้ง งานพัฒนาชุมชน กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลเสมาใหญ่ ทราบก่อนจะดำเนินการย้ายเพื่อเป็นการรักษาสีทธิในการรับเงินดังกล่าว

ลงชื่อ.....ผู้สูงอายุ/ผู้รับมอบอำนาจ      ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(.....)      (.....)

รับเงินสด      แบบเอกสารดังนี้ ( ) สำเนาบัตรประชาชน

รับเงินโอนเข้าบัญชีธนาคาร      แบบเอกสารดังนี้ ( ) สำเนาบัตรประชาชน ( ) สำเนาทะเบียนบ้านสมุดบัญชีธนาคาร

รับเงินสด

รับเงินโอนเข้าบัญชีธนาคาร

แนบเอกสารดังนี้ ( ) สำเนาบัตรประชาชน

แนบเอกสารดังนี้ ( ) สำเนาบัตรประชาชน ( ) สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร