

หนังสือแสดงตนการดำรงชีวิตอยู่ เพื่อยืนยันสิทธิขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนชราในอัตราแบบขั้นบันได เบี้ยความพิการ
และเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ งบประมาณ 2561 กรณีรับเงินผ่านบัญชีธนาคาร

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ. 2560

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลเสมาใหญ่

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุลผู้รับเงินเบี้ยยังชีพฯ)

หมายเลขบัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน ตำบล เสมาใหญ่

อำเภอ บัวใหญ่ จังหวัด นครราชสีมา รหัสไปรษณีย์ 30120 โทรศัพท์

ที่อยู่ตามที่อยู่จริง บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน/ซอย

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

โดย มาแสดงตนด้วยตนเอง

มีแสดงตนแทน (ต้องมีหนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประชาชน) และกรอกรายละเอียดดังนี้

ข้าพเจ้า (ชื่อสกุล ผู้รับมอบอำนาจ) มี

ความสัมพันธ์เป็น..... กับผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ

ซึ่งผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ ประเภท

เบี้ยยังชีพคนชราในอัตราแบบขั้นบันได

เบี้ยความพิการ

เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

โดยแจ้งขอรับเงินจาก องค์การบริหารส่วนตำบลเสมาใหญ่ อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา ดังนี้

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้สิทธิ์ (ไม่ต้องเขียนหนังสือมอบอำนาจ)

ชื่อบัญชี

ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขา จังหวัด

เลขที่บัญชี พร้อมแนบเอกสารดังนี้

สำเนาบัตรประชาชน

สำเนาบัตรคนพิการ

สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาหน้าสมุดบัญชีที่มีหมายเลขบัญชีธนาคาร

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจาก
หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษหรือเงินอื่นใด
ลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ที่ได้รับเงินเดือนค่าตอบแทน
รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นคนพิการและ
ผู้ป่วยเอดส์ นครราชสีมา ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น พ.ศ.2552 ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553) ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงิน-

เบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553(ฉบับที่2)พ.ศ.2559 และระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2548 สำหรับผู้ป่วยเอดส์ และข้าพเจ้าขอ รับรองว่าตั้งแต่ข้าพเจ้ารับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแบบขั้นบันได/เบี้ยความพิการ/เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้เอดส์มา ตั้งแต่แรกเริ่มถึงปัจจุบัน ไม่เป็นผู้ขาดคุณสมบัติข้อ 6 แห่งระเบียบฯ

การแสดงตนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแบบขั้นบันได/เบี้ยความพิการ/เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วย เอดส์ ประจำปีงบประมาณ 2561 โดยจะเริ่มรับเงินดังกล่าวตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2560 ถึงเดือน กันยายน 2561 ไม่เกินวันที่ 10 ของทุกเดือน (โดยมีสิทธิรับเงิน ผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน บาท/เดือน)

กรณีผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ป่วยเอดส์ ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพฯ ณ ที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ทั้งนี้ เพื่อเป็นการรักษาสีทธิต่อเนื่อง และหากผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ป่วยเอดส์ ย้าย ภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องแจ้ง งานพัฒนาชุมชน กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลเสมาใหญ่ ทราบ ก่อนจะ ดำเนินการย้ายเพื่อเป็นการรักษาสีทธิในการรับเงินดังกล่าว หากองค์การบริหารส่วนตำบลเสมาใหญ่ ทราบภายหลังว่าได้ ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นแล้วและขาดคุณสมบัติในการรับเงินดังกล่าว องค์การบริหารส่วนตำบลเสมาใหญ่สามารถเรียกเงินคืน จากผู้มีสิทธิได้เต็มจำนวน

ลงชื่อ/พิมพ์ลายนิ้วมือ ผู้แสดงตน
(.....)

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่ อบต.
(.....)

ตำแหน่ง

หนังสือมอบอำนาจแสดงตนการดำรงชีวิตอยู่ เพื่อยืนยันขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนชราในอัตราแบบขั้นบันได
เบี้ยความพิการ และเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2561

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ. 2560

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลเสมาใหญ่

หนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุลผู้รับเงินเบี้ยยังชีพฯ)

หมายเลขบัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน ตำบล เสมาใหญ่

อำเภอ บัวใหญ่ จังหวัด นครราชสีมา รหัสไปรษณีย์ 30120 โทรศัพท์

ที่อยู่ตามที่อยู่จริง บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน/ซอย

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

ขอมอบอำนาจให้ ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล ผู้รับมอบอำนาจ)

หมายเลขบัตรประชาชน

ที่อยู่ บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน/ซอย

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็น..... กับผู้มีสิทธิ์ฯ และเป็นผู้มีอำนาจในการแสดงตนการ

ดำรงชีวิตอยู่เพื่อยืนยันสิทธิขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ ประเภท เบี้ยยังชีพคนชราในอัตราแบบขั้นบันได

เบี้ยความพิการ เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ 2561 แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้ เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการ
ด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว และได้แนบสำเนา
บัตรประจำตัวประชาชน,สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจมาพร้อมด้วย

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ(ผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพฯ)

(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

(.....)