ทะเบียนเลขที่….........................../.................

**แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ....................**

ผู้ยื่นคำขอฯ [ ] แจ้งด้วยตนเอง

[ ] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น...........................กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน

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

ที่อยู่.................................................................................................................................................................................................

โทรศัพท์.....................................................

ที่.........เทศบาลตำบลเขาพระ....................

วันที่/เดือน/พ.ศ. ....................................................................

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

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

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียน บ้านเลขที่...................หมู่ที่.................ตรอก/ซอย................................................................................. ถนน..............................................ตำบล/แขวง......................................................อำเภอ/เขต......................................................

จังหวัด...............................................รหัสไปรษณีย์......................................โทรศัพท์.................................................................... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

สถานภาพสมรส □ โสด □ สมรส □ หม้าย □ หย่าร้าง □ แยกกันอยู่ □ อื่นๆ ..............................................

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้………………………………………….………………………….โทรศัพท์.......................................................... เกี่ยวข้องโดยเป็น □ บิดา-มารดา □ บุตร □ สามี-ภรรยา □ พี่น้อง □ อื่นๆ .......................................................... สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ □ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ □ อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

**มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. .................** โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

**□ รับเงินสดด้วยตนเอง □ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ**

**□ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ □ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ**

**พร้อมแนบเอกสาร** ดังนี้

□ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

□ ทะเบียนบ้าน

□ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

□ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

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

**หมายเหตุ** ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย 🗸 ลงในช่องหน้าข้อความที่ต้องการ

- 2 –

**ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน**

เรียน คณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ

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

□ เป็นผู้มีสิทธิครบถ้วน

□ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้......................................................................................................................................

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

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

ตำแหน่ง..............................................................

**ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลเขาพระ

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

□ สมควรรับลงทะเบียน

□ ไม่สมควรรับลงทะเบียน

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

กรรมการ กรรมการ กรรมการ

**คำสั่ง**

□ รับลงทะเบียน

□ ไม่รับลงทะเบียน

□ อื่นๆ.......................................................................................................................................................................... ........................................................................................................................................................................................................

(นายชวลิต สิทธิฤทธิ์)

นายกเทศมนตรีตำบลเขาพระ

วันที่/เดือน/พ.ศ...............................................................

ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้ .

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินยังชีพผู้ป่วยเอดส์ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ................. โดยจะได้รับยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่เดือน............................... เป็นต้นไป ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีผู้ป่วยเอดส์ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนที่ย้ายภูมิลำเนา ทั้งนี้ผู้ป่วยเอดส์จะได้เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนา และรับที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใหม่ในเดือนถัดไป หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อที่ งานพัฒนาชุมชน สำนักงานเทศบาลตำบลเขาพระ โทร 075-499136

ลงชื่อ ......................................................................

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

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

**หนังสือมอบอำนาจ**

ที่ สำนักงานเทศบาลตำบลเขาพระ

วันที่/เดือน/พ.ศ......................................................

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า .................................................................... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร...............................................

เลขที่................................................. ออกให้ ณ................................ เมื่อวันที่................................ อยู่บ้านเลขที่ .....................

หมู่ที่............... ตรอก/ซอย............................ ถนน........................... ~~แขวง~~/ตำบล.............เขาพระ.................................................

~~เขต~~/อำเภอ.............พิปูน.......................... จังหวัด..........นครศรีธรรมราช......................................

ขอมอบอำนาจให้ ............................................................................... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.................................................

เลขที่................................................. ออกให้ ณ................................ เมื่อวันที่................................. อยู่บ้านเลขที่ ...................

หมู่ที่............... ตรอก/ซอย............................ ถนน............................... ~~แขวง~~/ตำบล.............เขาพระ..........................................

~~เขต~~/อำเภอ.............พิปูน.......................... จังหวัด..........นครศรีธรรมราช......................................

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการดังต่อไปนี้

□ ลงทะเบียนเพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

□ รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ด้วยเงินสด

□ รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์โดยทางธนาคาร

□ เปิดบัญชีเงินฝากธนาคารเพื่อโอนเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

□ ปิดบัญชีเงินฝากธนาคารเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

“ทั้งในขณะมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่า ข้าพเจ้าได้กระทำ ด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ........................................................ ผู้มอบอำนาจ

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

ลงชื่อ ........................................................ ผู้รับมอบอำนาจ

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

ลงชื่อ ........................................................ พยาน

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

ลงชื่อ ........................................................ พยาน

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

**หลักฐานประกอบของผู้รับมอบอำนาจ**

□ บัตรประจำตัวประชาชน

□ ทะเบียนบ้าน

□ เอกสารอื่นๆ............................................

**ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์**

1. ผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

2. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลเขาพระ

3. การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์สามารถยื่นคำร้องได้ที่ เทศบาลตำบลเขาพระ

โดยมีหลักฐานที่ต้องนำมา ดังนี้

3.1 ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

3.2 บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง

3.3 ทะเบียนบ้านฉบับจริง

4. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเอง จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการ แทนได้ 5. กรณีผู้ป่วยเอดส์เป็นผู้สูงอายุและคนพิการด้วย สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด

6. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้ว ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนาเท่านั้น

7. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพฯ เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้องแจ้งให้เทศบาลตำบลเขาพระทราบ ภายใน 3 วัน