

แบบแสดงตนเพื่อรับเงินเบี้ยผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔

เลขที่รับ...../๒๕๖๓

“องค์การบริหารส่วนตำบลลุ่มสุ่ม อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี”

เขียนที่ ..อบต.ลุ่มสุ่ม

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.๒๕๖๓

ชื่อ-สกุลผู้สูงอายุ.....

เลขประจำตัวประชาชน.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....

ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล.....ลุ่มสุ่ม.....อำเภอ.....ไทรโยค.....จังหวัด.....กาญจนบุรี.....

รหัสไปรษณีย์.....๗๑๑๕๐.....โทร.....

มาแสดงตนด้วยตนเอง (ไม่ต้องกรอกข้อมูลในข้อ ๒)

มาแสดงตนแทน...ต้องมีใบมอบอำนาจ และให้กรอกรายละเอียด... (กรอกข้อมูลในข้อ ๒)

ข้าพเจ้า (ผู้รับมอบอำนาจ).....

เลขประจำตัวประชาชน.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....

ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทร.....

ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยผู้ป่วยเอดส์จากองค์การบริหารส่วนตำบลลุ่มสุ่ม อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี โดยแจ้งขอรับเงินจากองค์การบริหารส่วนตำบลลุ่มสุ่ม โดย

รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ (ต้องแจ้งยืนยันชื่อและหมายเลขบัญชีธนาคาร)

ชื่อบัญชี.....ธนาคาร.....

สาขา..... เลขที่บัญชี.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ที่ได้รับเงินเดือนค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นคนพิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ และข้าพเจ้าขอรับรองว่าตั้งแต่ข้าพเจ้ารับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุมาตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงปัจจุบัน ไม่เป็นผู้ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖ แห่งระเบียบฯ

การแสดงตนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยผู้ป่วยเอดส์ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยผู้ป่วยเอดส์ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ ถึงเดือน กันยายน ๒๕๖๔ ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน (โดยมีสิทธิได้รับเงิน.....บาท(ต่อเดือน) กรณีผู้ป่วยเอดส์ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเบี้ยผู้ป่วยเอดส์ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนกันยายน ของปีที่ย้ายไป ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง และหากผู้ป่วยเอดส์ ย้ายจะต้องแจ้ง จะต้องแจ้งกองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลลุ่มสุ่มทราบ เพื่อขอรับเอกสารการส่งตัวเพื่อไปลงทะเบียนที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่

ลงชื่อ.....ผู้แสดงตน

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(.....)