



ประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลแควอ้อม

เรื่อง การแสดงตนของผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการที่มีสิทธิรับเบี้ยความพิการและผู้ป่วย
เอดส์ที่มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑

ตามที่องค์การบริหารส่วนตำบลแควอ้อมได้ประกาศรายชื่อผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพ
ผู้สูงอายุ คนพิการที่มีสิทธิรับเบี้ยความพิการ และผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วย
เอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ ที่ผ่านมาประกอบกับระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์
การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๒ หมวด ๓ การตรวจสอบและจัดทำ
ทะเบียนประวัติผู้มีสิทธิ ข้อ ๑๐ ภายในเดือนตุลาคมของทุกปี ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ
ตรวจสอบสถานะของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและให้ผู้สูงอายุแสดงตนการดำรงชีวิตอยู่ต่อองค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่นที่ตนรับเบี้ยผู้สูงอายุ และระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คน
พิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ หมวด ๓ การตรวจสอบและจัดทำทะเบียนประวัติผู้มีสิทธิ
ข้อ ๑๐ ภายในเดือนตุลาคมของทุกปี ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการตรวจสอบสถานะความพิการ
และการดำรงชีวิตอยู่ของคนพิการ และระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพของ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘ (สำหรับผู้ป่วยเอดส์) นั้น

ดังนั้น เพื่อให้เป็นไปตามระเบียบดังกล่าว องค์การปกครองส่วนตำบลแควอ้อม จึงประกาศให้
ผู้สูงอายุ คนพิการที่มีสิทธิรับเบี้ยความพิการและผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ ยื่นเอกสารหลักฐานเพื่อขอรับสิทธิในการรับเงินดังกล่าว

กรณีผู้สูงอายุโดยมีหลักฐานดังต่อไปนี้

- (๑) สำเนาบัตรประจำประชาชนพร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- (๒) สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- (๓) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารสำหรับกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยผู้สูงอายุประสงค์รับเบี้ย
ผ่านธนาคาร จำนวน ๑ ฉบับ
- (๔) หนังสือมอบอำนาจกรณีผู้สูงอายุประสงค์มอบอำนาจให้ผู้อื่นรับเงินเบี้ยผู้สูงอายุ
แทนตนเอง
- (๕) สำเนาบัตรประจำประชาชนของผู้รับมอบอำนาจพร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- (๖) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากบัญชีธนาคารสำหรับผู้รับมอบอำนาจกรณีผู้สูงอายุประสงค์
ขอรับเงินเบี้ยผู้สูงอายุผ่านบัญชีธนาคารของผู้รับมอบอำนาจรับเงินเบี้ยผู้สูงอายุแทนตนเอง จำนวน ๑ ฉบับ

กรณีผู้พิการโดยมีหลักฐานดังต่อไปนี้

- (๑) สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- (๒) สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

(๓) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากบัญชีธนาคารสำหรับกรณีและผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์
รับเบี้ยผ่านธนาคาร จำนวน ๑ ฉบับ

(๔) หนังสือมอบอำนาจกรณีผู้พิการประสงค์มอบอำนาจให้ผู้อื่นรับเงินเบี้ยความพิการ
แทนตนเอง

(๕) สำเนาบัตรประจำประชาชนของผู้มอบอำนาจพร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

(๖) สำเนาบัตรประจำประชาชนของผู้รับมอบอำนาจพร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

(๗) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากบัญชีธนาคารสำหรับผู้รับมอบอำนาจกรณีและผู้พิการประสงค์
ขอรับเงินความพิการผ่านบัญชีธนาคารของผู้รับมอบอำนาจรับเงินเบี้ยความพิการแทนตนเอง จำนวน ๑ ฉบับ

กรณีผู้ป่วยเอดส์โดยมีหลักฐานดังต่อไปนี้

(๑) สำเนาบัตรประจำประชาชนพร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

(๒) สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

(๓) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารสำหรับกรณีและผู้ขอรับประสงค์รับเงินสงเคราะห์เพื่อการ
ยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ผ่านธนาคาร จำนวน ๑ ฉบับ

(๔) หนังสือมอบอำนาจกรณีผู้ป่วยเอดส์ประสงค์มอบอำนาจให้ผู้อื่นรับเงินสงเคราะห์เพื่อการ
ยังชีพผู้ป่วยเอดส์แทนตนเอง

(๕) สำเนาบัตรประจำประชาชนของผู้รับมอบอำนาจพร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

(๖) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากบัญชีธนาคารสำหรับผู้รับมอบอำนาจกรณีผู้ป่วยเอดส์ประสงค์
ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ผ่านบัญชีธนาคารของผู้รับมอบอำนาจรับเงินเบี้ยผู้สูงอายุ
แทนตนเอง จำนวน ๑ ฉบับ

ทั้งนี้สามารถขอแบบฟอร์มการแสดงตนได้ที่สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลแควอ้อมแล้ว
ให้ท่านนำเอกสารหลักฐานการยืนยันสิทธิข้างต้นให้กับองค์การบริหารส่วนตำบลแควอ้อม ตั้งแต่วันที่ ๓๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๐
จนถึง วันที่ ๓๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๐

จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ เดือนกันยายน พ.ศ.๒๕๖๐

๑)

(นายदनัย ขจรผล)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลแควอ้อม

แบบแสดงตนผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้าซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

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

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อดี

ขอรับรองว่าเป็นผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลแควอ้อม พร้อมเอกสารหลักฐานดังนี้

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
- ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)
- ☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
- ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ)

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้แสดงตน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัส ไปรษณีย์

ขอมอบอำนาจให้ ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัส ไปรษณีย์.....

เป็นผู้มีอำนาจ...รับเบี้ยผู้สูงอายุ...แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำ ไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

แบบแสดงตนพิการที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

○

ข้าพเจ้าซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประชาชนเลขที่.....
ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....
บัตรผู้พิการเลขที่.....วันจดทะเบียน.....วันหมดอายุ.....

ขอรับรองว่าเป็นผู้มีสิทธิรับเบี้ยความพิการขององค์การบริหารส่วนตำบลแควอ้อม พร้อมเอกสารหลักฐานดังนี้

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวผู้พิการ
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
- ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการผ่านธนาคาร)
- ☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
- ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการผ่านธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ)

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้แสดงตน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

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

หมู่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัส ไปรษณีย์.....

ขอมอบอำนาจให้ ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

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

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัส ไปรษณีย์.....

เป็นผู้มีอำนาจ...รับเบี่ยความพิการ...แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำ ไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

แบบแสดงตนผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพเอดส์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้าซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

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

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่ได้

ขอรับรองว่าเป็นผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพเอดส์ ขององค์การบริหารส่วนตำบลแควอ้อม พร้อมเอกสารหลักฐานดังนี้

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
- ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร อำนาจ (ในกรณีผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพเอดส์ผ่านธนาคาร)
- ☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
- ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณีผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพเอดส์ผ่านธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ)

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้แสดงตน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

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

หมู่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัส ไปรษณีย์.....

ขอมอบอำนาจให้ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

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

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัส ไปรษณีย์.....

เป็นผู้มีอำนาจ...รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์...แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำ ไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)