หนังสือมอบอำนาจมายืนยันตัวตนแทนผู้มีสิทธิ์รับเบี้ยฯ
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

ที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ ๒๕๖๓

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า(ผู้มีสิทธิ์รับเบี้ย) .....
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประชาชนเลขที่..... ออกให้ ณ ..... วันที่เดือนปี ที่ออกบัตร .....วันที่เดือนปีหมดอายุ.....ที่อยู่ตามบัตร บ้านเลขที่.....หมู่ที่ ..... ตำบลเจดีย์หลวง อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

ขอมอบให้ (ผู้รับมอบอำนาจ).....
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประชาชนเลขที่..... ออกให้ ณ ..... วันที่เดือนปี ที่ออกบัตร .....วันที่เดือนปีหมดอายุ.....ที่อยู่ตามบัตร บ้านเลขที่.....หมู่ที่ ..... ตำบลเจดีย์หลวง อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

เป็นผู้มีอำนาจมาแสดงตนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพดังต่อไปนี้
☐ ผู้สูงอายุ/ ☐ ผู้พิการ/ ☐ผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ แทนข้าพเจ้า

ข้าพเจ้า ขอรับผิดชอบในการที่ ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไป ตามหนังสือมอบอำนาจนี้ เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้นเพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ .....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ .....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ .....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

กรณีพิมพ์ลายนิ้วมือ
ยืนยันลายนิ้ว.....
มือด้าน.....
ลงลายมือชื่อผู้รับรอง1.....
ลงลายมือชื่อผู้รับรอง2.....

* เพื่อสิทธิ์ประโยชน์ขอตัวท่านกรุณากรอกข้อมูลให้ถูกต้องและครบถ้วนเพื่อเป็นประโยชน์ในการเบิกจ่ายเบี้ยฯต่อไป

เลขที่...../๒๕๖๓

แบบแสดงตนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔
เทศบาลตำบลเจดีย์หลวง อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

วันที่ เดือน กันยายน พ.ศ.๒๕๖๓

ข้าพเจ้า .....

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

หมู่ที่.....ตำบล **เจดีย์หลวง** อำเภอ **แม่สรวย** จังหวัด **เชียงราย** รหัสไปรษณีย์ **๕๗๑๘๐** โทร.....

☐ มาแสดงตนด้วยตนเอง

☐ มาแสดงตนแทน.....

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

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

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร.....

ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิ์รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ( ) ผู้สูงอายุ ( ) ผู้พิการ ( ) ผู้ป่วยเอดส์ จากเทศบาลตำบลเจดีย์หลวง อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ขอแสดงตนต่อพนักงานเจ้าหน้าพนักงานตามระเบียบการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

☐ มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพ

☐ ผู้สูงอายุ ☐ ผู้พิการ ☐ ผู้ป่วยเอดส์

โดย ☐ รับเป็นเงินสด ด้วยตนเอง

☐ โอนผ่านบัญชีธนาคาร.....สาขา.....

ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

☐ ไม่ประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

( ) ผู้สูงอายุ ( ) ผู้พิการ ( ) ผู้ป่วยเอดส์ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดลักษณะเดียวกันและข้าพเจ้าขอรับรองว่าตั้งแต่ข้าพเจ้ารับเงินเบี้ยยังชีพ มาตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงปัจจุบันไม่เป็นผู้ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖ แห่งระเบียบฯ หากตรวจสอบได้ในภายหลังว่าข้าพเจ้า ได้แจ้งความอันเป็นเท็จยินดีที่จะถูกดำเนินคดีตามกฎหมาย ทางแพ่ง และอาญา

การแสดงตนในครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ โดยจะเริ่มรับเงินตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๓ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๔ ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน

กรณีพิมพ์ลายนิ้วมือ
ยืนยันลายนิ้ว.....
มือด้าน.....
ลงลายมือชื่อผู้รับรอง1.....
ลงลายมือชื่อผู้รับรอง2.....

ลงชื่อ.....ผู้มาแสดงตน
(.....)
วันที่.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่
(.....)
วันที่.....

<u>เอกสารประกอบการแสดงตน</u>
O 1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
O 2. สำเนาทะเบียนบ้าน
O 3. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร
O 4. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ
O 5. อื่นๆ (ระบุ).....

* เพื่อสิทธิ์ประโยชน์ขอตัวท่านกรุณากรอกข้อมูลให้ถูกต้องและครบถ้วนเพื่อเป็นประโยชน์ในการเบิกจ่ายเบี้ยฯต่อไป