

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองปราจีนบุรี

สังกัด : กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย

๑. ชื่อกระบวนงาน : การขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๒. ประเภทของงานบริการ : กระบวนงานบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

๓. หมวดหมู่ของงานบริการ : ยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์

๔. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาตหรือที่เกี่ยวข้อง : ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

๕. พื้นที่ให้บริการ : กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองปราจีนบุรี

๖. ข้อมูลสถิติ

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน : ๐ คน

จำนวนคำขอที่มากที่สุดต่อเดือน : ๐ คน

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุดต่อเดือน : ๐ คน

๗. ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ : กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองปราจีนบุรี อำเภอเมืองปราจีนบุรี จังหวัดปราจีนบุรี

ติดต่อด้วยตนเองหรืออาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อุปการะดำเนินการแทน

ระยะเวลาเปิดให้บริการ : ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. (เว้นวันหยุดราชการ) มีพักเที่ยง

หมายเหตุ : เปิดรับคำขอเงินสงเคราะห์ ตั้งแต่เดือนมกราคม – เดือนธันวาคม ของทุกปี

๘. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอขึ้นทะเบียนและในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ข้อ ๙ ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ ในกรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนก็ได้

คุณสมบัติและหลักเกณฑ์

ผู้ป่วยเอดส์ที่จะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติ ดังนี้

๑. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว

๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

ในกรณีที่ผู้ป่วยเอดส์มีคุณสมบัติเบื้องต้นเหมือนกัน ให้ผู้ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

วิธีการยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์

๑. ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนก็ได้

๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องรับการตรวจสภาพความเป็นอยู่ว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติสมควรจะได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ โดยพิจารณาจากความเดือดร้อน หรือผู้มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ

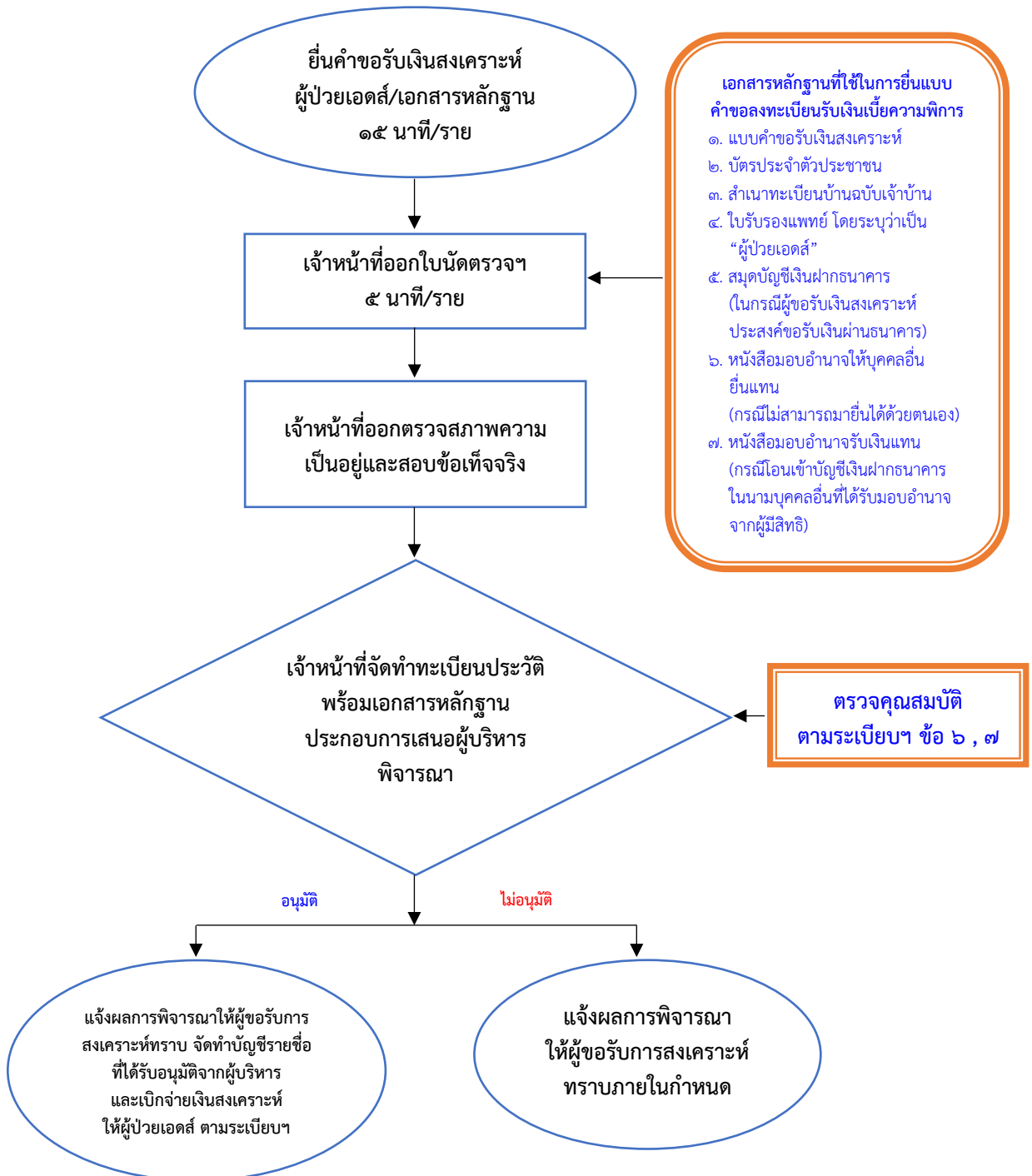
๓. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเงินสงเคราะห์ย้ายภูมิลำเนาที่อยู่ ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบฯ ต้องไปยื่นความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

๙. ขั้นตอน ระยะเวลา และหน่วยงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑	การยื่นคำขอและตรวจสอบเอกสาร	ผู้ป่วยเอดส์ที่ประสงค์ขอรับการสงเคราะห์หรือผู้อุปการะที่ได้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบ	๑๕ นาที	กองสวัสดิการสังคม
๒	การออกเอกสาร	เจ้าหน้าที่ออกไปนัดหมายตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติ	๕ นาที	กองสวัสดิการสังคม
๓	การตรวจสอบ	เจ้าหน้าที่ออกตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์และจัดทำแบบสอบถามเท็จจริงเบื้องต้น	๓ วัน	กองสวัสดิการสังคม กองสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม ไม่เกิน ๓ วัน นับ จากได้รับคำขอ
๔	การจัดทำทะเบียนประวัติ เอกสารหลักฐานประกอบ	เจ้าหน้าที่จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารอนุมัติให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์	๑ วัน	กองสวัสดิการสังคม ไม่เกิน ๑ วัน นับ จากการออกตรวจสอบ สภาพความเป็นอยู่
๕	การพิจารณาอนุมัติ	ผู้บริหารท้องถิ่นพิจารณาอนุมัติหรือไม่อนุมัติพิจารณาจากสภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติ หรือข้อจำกัดด้านงบประมาณ และแจ้งให้ผู้ขอรับการสงเคราะห์ทราบไม่เกินระยะเวลาที่กำหนด	๕ วัน	กองสวัสดิการสังคม ไม่เกิน ๕ วัน นับแต่วันจัดทำ ทะเบียนประวัติ

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๑๐ วัน

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาปฏิบัติราชการ (การยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์)



๑๐. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ผ่านการลดขั้นตอนจากเดิม ๑๔ วัน เวลาปฏิบัติราชการที่ปรับลด ๑๐ วัน

๑๑. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นแบบยื่นสิทธิ

๑๑.๑ เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๑	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย	กรมการปกครอง	๑	๑	ฉบับ	กองสวัสดิการสังคม บริการถ่ายสำเนาเอกสารให้
๒	ใบรับรองแพทย์	โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนที่ได้รับการรับรอง	๑	-	ฉบับ	-
๓	ทะเบียนบ้าน (ฉบับเจ้าบ้าน)	สำนักทะเบียนท้องถิ่น	๑	๑	ฉบับ	กองสวัสดิการสังคม บริการถ่ายสำเนาเอกสารให้
๔	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (กรณีและผู้ขอรับเงินประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)	-	๑	๑	ฉบับ	กองสวัสดิการสังคม บริการถ่ายสำเนาเอกสารให้
๕	หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นแทน)	กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	๑	-	ฉบับ	หนังสือมอบอำนาจรับได้ที่กองสวัสดิการสังคม
๖	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย (กรณีมอบอำนาจให้ผู้ยื่นมายื่นแทนหรือรับเงินแทนคนพิการ)	กรมการปกครอง	๑	๑	ฉบับ	กองสวัสดิการสังคม บริการถ่ายสำเนาเอกสารให้

ที่	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๗	หนังสือมอบ อำนาจรับเงิน แทน (กรณีคนพิการ ประสงค์ให้ บุคคลอื่นเป็น ผู้รับเงินเบี้ย ความพิการ แทน)	กรมส่งเสริมการ ปกครองท้องถิ่น	๑	-	ฉบับ	หนังสือมอบอำนาจ รับได้ที่กอง สวัสดิการสังคม

๑๑.๒ เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
ไม่พบเอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม						

๑๒. ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

๑๓. ช่องทางการร้องเรียน

เทศบาลเมืองปราจีนบุรี อำเภอเมืองปราจีนบุรี จังหวัดปราจีนบุรี หมายเลขโทรศัพท์ ๐๓๗ ๒๑๑๐๒๘
หรือ E-mail : contact@prachinacity.go.th หรือ facebook : เทศบาลเมืองปราจีนบุรี หรือ
เขียนคำร้องด้วยตนเองที่ สำนักปลัดเทศบาล

๑๔. แบบฟอร์มและตัวอย่างการกรอกข้อมูล

๑๔.๑ แบบคำขอรับการสงเคราะห์

๑๔.๒ ตัวอย่างการกรอกข้อมูลในแบบคำขอรับการสงเคราะห์

๑๔.๓ หนังสือมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแทน

๑๔.๔ ตัวอย่างการกรอกข้อมูลในหนังสือมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแทน

๑๔.๕ หนังสือมอบอำนาจรับเงินแทน

๑๔.๖ ตัวอย่างการกรอกข้อมูลในหนังสือมอบอำนาจรับเงินแทน

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

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

ด้วยข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....
เลขประจำตัวประชาชน.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
อายุ.....ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน.....ถนน.....
ตรอก/ซอย.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอแจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

๑. ที่พักอาศัย

- เป็นของตนเองและมีลักษณะ ชุตชุดทชุดโทรม ชำชุดชุดโทรมบางส่วน มั่นคงถาวรดี
 เป็นของ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

- สะดวก ลำบาก เนื่องจาก.....สามารถเดินทางได้
อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้าน เป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้
 สะดวก ลำบาก เนื่องจาก.....สามารถเดินทางได้
อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุด เป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้
 สะดวก ลำบาก เนื่องจาก.....

๓. การพักอาศัย

- อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....ปี
 พักอาศัยกับ.....รวม.....คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้ จำนวน.....คน

๔. รายได้-รายจ่าย

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....
นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....
บุคคลที่สามารถติดต่อได้ (นาย/นาง/นางสาว).....
สถานที่ติดต่อเลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน.....ถนน.....
ตรอก/ซอย.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับการสงเคราะห์
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ
(.....)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

- ตัวอย่าง -

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../..... วันที่ ๑๒ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ด้วยข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ ปราจัน นามสกุล บุรี
เลขประจำตัวประชาชน ๑ ๒๓๔๕ ๖๗๘๙๐ ๑๒ ๓ เกิดวันที่ ๑ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๑๐
อายุ ๕๖ ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่ ๒๐ หมู่ที่/ชุมชน ร่วมใจ ถนน แก้วพิจิตร
ตรอก/ซอย - ตำบล หน้าเมือง อำเภอ เมืองปราจีนบุรี จังหวัด ปราจีนบุรี
รหัสไปรษณีย์ ๒๕๐๐๐ โทรศัพท์ ๐๑๒๓๔๕๖๗๘๙

ขอแจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

๑. ที่พักอาศัย

- เป็นของตนเองและมีลักษณะ ขำรุดทรุดโทรม ขำรุดทรุดโทรมบางส่วน มั่นคงถาวรดี
 เป็นของ..... เกี่ยวข้องเป็น.....

๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง..... ๒๐๐ เมตรสามารถเดินทางได้

- สะดวก ลำบาก เนื่องจาก.....
อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้าน เป็นระยะทาง..... ๒๐๐ เมตรสามารถเดินทางได้

- สะดวก ลำบาก เนื่องจาก.....
อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุด เป็นระยะทาง..... ๑,๐๐๐ เมตรสามารถเดินทางได้

- สะดวก ลำบาก เนื่องจาก.....

๓. การพักอาศัย

- อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก..... บิดา มารดาเสียชีวิตแล้ว ญาติพี่น้องไม่อยู่ในพื้นที่มาประมาณ..... ๑๕ ปี
 พักอาศัยกับ..... รวม.....คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้ จำนวน.....คน

๔. รายได้-รายจ่าย

มีรายได้รวม..... ๒,๐๐๐ บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้..... รับจ้างทั่วไป

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า..... ค่าน้ำ/ค่าไฟ/ค่าอุปโภค-บริโภค

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ (นาย/นาง/นางสาว)..... เมือง งามบุรี

สถานที่ติดต่อเลขที่..... ๑๓๕ หมู่ที่/ชุมชน..... ร่วมใจ ถนน..... แก้วพิจิตร

ตรอก/ซอย..... - ตำบล..... หน้าเมือง อำเภอ..... เมืองปราจีนบุรี จังหวัด..... ปราจีนบุรี

รหัสไปรษณีย์..... ๒๕๐๐๐ โทรศัพท์..... ๐๙๘๗๖๕๔๓๒๑ เกี่ยวข้องเป็น..... เพื่อนบ้าน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... ปราจัน บุรีผู้ขอรับการสงเคราะห์
(..... นายปราจัน บุรี))

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ
(.....)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

หนังสือมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแทน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ต.รอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....เกี่ยว ข้องเป็น.....
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....เลขที่.....ออกให้ ณ.....
เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก/ซอย.....
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจยื่นแบบ.....แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

- ตัวอย่าง -

หนังสือมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแทน

เขียนที่ ๒๐ ถ.แก้วพิจิตร ต.หน้าเมือง อ.เมืองปราจีนบุรี จ.ปราจีนบุรี

วันที่ ๑๒ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า นายปราจีน บุรี ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ ๑ ๒๓๔๕ ๖๗๘๙๐ ๑๒ ๓ ออกให้ ณ กรมการปกครอง เมื่อวันที่ ๑๕ ม.ค. ๒๕๖๕ อยู่บ้านเลขที่ ๒๐ หมู่ที่ -.....ตรอก/ซอย..... -.....ถนน.....แก้วพิจิตร แขวง/ตำบล.....หน้าเมือง ~~เขต~~/อำเภอ.....เมืองปราจีนบุรี จังหวัด.....ปราจีนบุรี โทรศัพท์.....๐๑๒๓๔๕๖๗๘๙

ขอมอบอำนาจให้ นางเมือง งามบุรี เกี่ยวข้องเป็น เพื่อนบ้าน ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ ๑ ๒๐๔๕ ๖๗๘๙๐ ๑๒ ๓ ออกให้ ณ กรมการปกครอง เมื่อวันที่ ๓ มี.ย. ๒๕๖๖ อยู่บ้านเลขที่ ๒๐ หมู่ที่ -.....ตรอก/ซอย..... -.....ถนน.....แก้วพิจิตร แขวง/ตำบล.....หน้าเมือง ~~เขต~~/อำเภอ.....เมืองปราจีนบุรี จังหวัด.....ปราจีนบุรี โทรศัพท์.....๐๙๘๗๖๕๔๓๒๑

เป็นผู้มีอำนาจยื่นแบบ คำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ปราจีน บุรี.....ผู้มอบอำนาจ
(.....นายปราจีน บุรี.....)

ลงชื่อ.....เมือง งามบุรี.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....นางเมือง งามบุรี.....)

ลงชื่อ.....มะลิ งามบุรี.....พยาน
(.....นางสาวมะลิ งามบุรี.....)

ลงชื่อ.....เป็นไท งามบุรี.....พยาน
(.....นายเป็นไท งามบุรี.....)

หนังสือมอบอำนาจรับเงินแทน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....เลขที่.....ออกให้ ณ.....
เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน..... แทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะที่
มีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

- ตัวอย่าง -

หนังสือมอบอำนาจรับเงินแทน

เขียนที่ ๒๐ ถ.แก้วพิจิตร ต.หน้าเมือง อ.เมืองปราจีนบุรี จ.ปราจีนบุรี

วันที่ ๑๒ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า นายปราจีน บุรี ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน
เลขที่ ๑ ๒๓๔๕ ๖๗๘๙๐ ๑๒ ๓ ออกให้ ณ กรมการปกครอง เมื่อวันที่ ๑๕ ม.ค. ๒๕๖๕ อยู่บ้านเลขที่ ๒๐
หมู่ที่ -.....ตรอก/ซอย..... ถนน แก้วพิจิตร แขวง/ตำบล หน้าเมือง
เขต/อำเภอ เมืองปราจีนบุรี จังหวัด ปราจีนบุรี โทรศัพท์ ๐๑๒๓๔๕๖๗๘๙

ขอมอบอำนาจให้ นางเมือง งามบุรี เกี่ยวข้องเป็น เพื่อนบ้าน
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ ๑ ๒๐๔๕ ๖๗๘๙๐ ๑๒ ๓ ออกให้ ณ กรมการปกครอง
เมื่อวันที่ ๓ มิ.ย. ๒๕๖๖ อยู่บ้านเลขที่ ๒๐ หมู่ที่ -.....ตรอก/ซอย.....
ถนน แก้วพิจิตร แขวง/ตำบล หน้าเมือง เขต/อำเภอ เมืองปราจีนบุรี จังหวัด ปราจีนบุรี
โทรศัพท์ ๐๙๘๗๖๕๔๓๒๑

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/เบี้ยความพิการ/เงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ แทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะที่
มีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ..... ปราจีน บุรีผู้มอบอำนาจ
(..... นายปราจีน บุรี)

ลงชื่อ..... เมือง บุรีผู้รับมอบอำนาจ
(..... นางเมือง งามบุรี)

ลงชื่อ..... มะลิ งามบุรีพยาน
(..... นางสาวมะลิ งามบุรี)

ลงชื่อ..... เป็นไท งามบุรีพยาน
(..... นายเป็นไท งามบุรี)