

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลพิปูน

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ชื่อนามสกุล.....

หมายเลขบัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□□□ เกิดวันที่.....เดือน.....

พ.ศ. อายุ..... ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตรอก/ซอย.....ตำบลพิปูน อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช รหัสไปรษณีย์ 80270

ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับเงินสงเคราะห์ เพื่อการย้งชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

1. ที่พักอาศัย

เป็นของตนเอง และมีลักษณะ ชำรุดทรุดโทรม ชำรุดทรุดโทรมบางส่วน มั่นคงถาวร

เป็นของ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

สะดวก ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

สะดวก ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

สะดวก ลำบาก เนื่องจาก

3. การพักอาศัย

อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....

พักอาศัยกับ รวมคน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

4. รายได้ - รายจ่าย

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....สถานที่ติดต่อเลขที่.....

ถนน.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

..... ผู้ให้ถ้อยคำ
(.....)

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลพิปูน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลพิปูน

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า..... เป็นผู้มีสิทธิได้รับ
การสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่.....นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

- เป็นเงินสด
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลพิปูน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลพิปูน

ข้าพเจ้า.....ขอมอบอำนาจให้.....

หมายเลขบัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□□□□ อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....

ตรอก/ซอย.....หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

เกี่ยวพันเป็น.....

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทุกประการ

แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

โดยให้จ่ายให้แก่.....

เป็นเงินสด

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

เลขที่บัญชี.....

แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)