

**หนังสือแสดงตนการดำรงชีวิตอยู่เพื่อยืนยันสิทธิขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ
และเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลปากน้ำปราณ

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....

หมายเลขประจำตัวประชาชน.....อายุ.....ปี เป็นผู้มสิทธิรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยัง
ชีพ ดังนี้

- ☐ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
☐ เบี้ยยังชีพผู้พิการ
☐ เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ข้าพเจ้าขอแจ้งการแสดงตนการดำรงชีวิตอยู่ต่อของเทศบาลตำบลปากน้ำปราณ ว่าขณะนี้ข้าพเจ้ายังมี
ชีวิตอยู่ และมีความประสงค์แสดงตนของผู้มีสิทธิรับเงินดังกล่าว โดยปัจจุบันอาศัยอยู่บ้านเลขที่.....
ชุมชน.....หมู่ที่.....ตำบลปากน้ำปราณ อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ตามระเบียบ
กระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ ระเบียบ
กระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.
๒๕๕๓ และระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ สำหรับผู้ป่วยเอดส์ พร้อมทั้งได้แนบเอกสารแสดงตนเพื่อยืนยันสิทธิขอรับเงินไว้กับเจ้าหน้าที่
เทศบาลตำบลปากน้ำปราณ ดังนี้

๑. สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาสมุดธนาคาร จำนวน ๑ ฉบับ

เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

หมายเหตุ เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

เอกสารฉบับนี้ใช้เฉพาะแสดงตนการดำรงชีวิตอยู่เพื่อการยืนยันสิทธิการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยยังชีพความพิการ
เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปี ๒๕๖๑ ภายในเดือนกันยายน ๒๕๖๐

หนังสือมอบอำนาจแสดงตนการดำรงชีวิต เพื่อยืนยันสิทธิขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ
และเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....อยู่บ้านเลขที่.....

ชุมชน.....หมู่ที่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....อยู่บ้านเลขที่.....

ชุมชน.....หมู่ที่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจในการแสดงตนการดำรงชีวิตอยู่ เพื่อยืนยันสิทธิขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
เบี้ยความพิการ เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้ เสมือนหนึ่ง
ข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้า
พยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)