

หนังสือมอบอำนาจ

(ลงทะเบียน / แสดงการดำรงชีวิตอยู่ / รับเงินเบี้ยยังชีพฯ ประจำปี ๒๕๖.....)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้อย

หนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน
เลขที่ - - - - เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
อายุ..... ปี อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบลคลองน้อย อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช
รหัสไปรษณีย์ ๘๐๓๓๐ เบอร์โทรศัพท์..... เป็นผู้มิสิทธิรับเงิน

☐ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จำนวนบาท ต่อเดือน ☐ เบี้ยความพิการ ☐ เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน
เลขที่ - - - - อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย..... ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจดำเนินการแทนข้าพเจ้า ดังนี้

☐ มีอำนาจในการลงทะเบียนรับเงินสงเคราะห์ฯ ☐ แสดงการดำรงชีวิตอยู่ (ยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพ)
☐ ลงทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ลงทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ในเดือนถัดไป
☐ ลงทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์ฯ ผู้ป่วยเอดส์

☐ มีอำนาจในการรับเงินสงเคราะห์ฯ

☐ รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จำนวน.....บาทต่อเดือน ☐ รับเงินเบี้ยความพิการ จำนวน ๘๐๐ บาทต่อเดือน
☐ รับเงินสงเคราะห์ฯ ผู้ป่วยเอดส์ ๕๐๐ บาทต่อเดือน

เงินที่รับแทนข้าพเจ้า รวมทั้งสิ้น.....บาทต่อเดือน

โดยจ่ายให้ผู้รับมอบอำนาจ

☐ เป็นเงินสด ☐ โอนผ่านบัญชีธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ ธนาคาร.....
สาขา..... ชื่อบัญชี.....บัญชีเลขที่.....

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำ
ด้วยตนเองทั้งสิ้นเพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ เอกสารประกอบหนังสือมอบอำนาจ

๑. สำเนาบัตรประชาชน / สำเนาบัตรคนพิการ / ใบรับรองแพทย์ระบุโรคเอดส์ของผู้มอบอำนาจ
๒. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ
๓. สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร

เอกสารแนบท้ายประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้อย
เรื่องกำหนดวัน เวลา และสถานที่ ในการลงทะเบียนเพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เพิ่มเติม)

เรื่องการแสดงการดำรงชีวิตอยู่ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ รับเงินเบี้ยความพิการ และรับ
เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
ทั้งที่รับเงินเบี้ยยังชีพฯเป็นเงินสด และรับเงินเบี้ยยังชีพฯ ที่โอนผ่านบัญชีธนาคารฯ

หมู่	ว/ด/ป	เวลา	สถานที่ยื่นยันสิทธิ์
๑	วัน จันทร์ ที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๑	๐๙.๓๐ - ๑๑.๓๐ น.	ศาลาอเนกประสงค์ หมู่ที่ ๑
๒	วัน จันทร์ ที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๑	๑๓.๐๐ - ๑๕.๐๐ น.	ศาลาอเนกประสงค์ หมู่ที่ ๒
๕	วัน อังคาร ที่ ๑๑ กันยายน ๒๕๖๑	๐๙.๓๐ - ๑๑.๓๐ น.	ศาลาอเนกประสงค์ หมู่ที่ ๕
๑๗	วัน อังคาร ที่ ๑๑ กันยายน ๒๕๖๑	๑๓.๐๐ - ๑๕.๐๐ น.	ศาลาอเนกประสงค์ หมู่ที่ ๑๗
๑๑	วัน พุธ ที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๑	๐๙.๓๐ - ๑๑.๓๐ น.	ศาลาอเนกประสงค์ หมู่ที่ ๑๑
๑๙	วัน พุธ ที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๑	๑๓.๐๐ - ๑๕.๐๐ น.	ศาลาอเนกประสงค์ หมู่ที่ ๑๙
๑๒	วันพฤหัสบดี ที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๑	๐๙.๓๐ - ๑๑.๓๐ น.	ศาลาอเนกประสงค์ หมู่ที่ ๑๒
๖	วันพฤหัสบดี ที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๑	๑๓.๐๐ - ๑๕.๐๐ น.	ศาลาอเนกประสงค์ หมู่ที่ ๖
๑๔	วัน ศุกร์ ที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๖๑	๐๙.๓๐ - ๑๑.๓๐ น.	ศาลาอเนกประสงค์ หมู่ที่ ๑๔
๗	วัน ศุกร์ ที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๖๑	๑๓.๐๐ - ๑๕.๐๐ น.	ศาลาอเนกประสงค์ หมู่ที่ ๗
๔	วัน จันทร์ ที่ ๑๗ กันยายน ๒๕๖๑	๐๙.๓๐ - ๑๑.๓๐ น.	ศาลาอเนกประสงค์ หมู่ที่ ๔
๑๖	วัน จันทร์ ที่ ๑๗ กันยายน ๒๕๖๑	๑๓.๐๐ - ๑๕.๐๐ น.	ศาลาอเนกประสงค์ หมู่ที่ ๑๖
๑๘	วัน อังคาร ที่ ๑๘ กันยายน ๒๕๖๑	๐๙.๓๐ - ๑๑.๓๐ น.	ศาลาอเนกประสงค์ หมู่ที่ ๑๘
๓	วัน อังคาร ที่ ๑๘ กันยายน ๒๕๖๑	๑๓.๐๐ - ๑๕.๐๐ น.	ศาลาอเนกประสงค์ หมู่ที่ ๓
๑๐	วัน พุธ ที่ ๑๙ กันยายน ๒๕๖๑	๐๙.๓๐ - ๑๑.๓๐ น.	ศาลาอเนกประสงค์ หมู่ที่ ๑๐
๑๕	วัน พุธ ที่ ๑๙ กันยายน ๒๕๖๑	๑๓.๐๐ - ๑๕.๐๐ น.	ศาลาอเนกประสงค์ หมู่ที่ ๑๕
๙	วันพฤหัสบดี ที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๑	๐๙.๓๐ - ๑๑.๓๐ น.	ศาลาอเนกประสงค์ หมู่ที่ ๙
๘	วันพฤหัสบดี ที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๑	๑๓.๐๐ - ๑๕.๐๐ น.	ศาลาอเนกประสงค์ หมู่ที่ ๘
๑๓	วัน ศุกร์ ที่ ๒๑ กันยายน ๒๕๖๑	๐๙.๓๐ - ๑๑.๓๐ น.	มัสยิดบ้านแสงวิมาน หมู่ที่ ๑๓

หมายเหตุ ๑. ลงทะเบียนเพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเพิ่มเติมประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๒ บุคคลที่เกิดก่อน วันที่ ๒ กันยายน ๒๕๐๒ และผู้สูงอายุที่ย้ายเข้ามาอยู่ใหม่ ในตำบลคลองน้อย แต่ยังรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ที่ท้องถิ่นเดิมอยู่ และ จะมารับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ กับองค์การองค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้อย ในเดือนตุลาคม ๒๕๖๑ ให้มาลงทะเบียนเพื่อ รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ภายใน วันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๖๑ นี้เท่านั้น

๒. การแสดงตนการดำรงชีวิตอยู่ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๒ ทั้งที่รับเงินเบี้ยยังชีพฯเป็นเงินสด และทั้งที่รับเงินเบี้ยยังชีพเป็นเงินโอนผ่านบัญชีธนาคารฯ

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๒

แบบคำขอแสดงตนเพื่อยืนยันสิทธิในการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ตุลาคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป)

กับทางองค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้อย อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

หมู่ที่.....ตำบลคลองน้อย อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

เฉพาะกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอแสดงตนเพื่อยืนยันสิทธิแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับผู้มีสิทธิที่ขอแสดงตนเพื่อยืนยันสิทธิ โดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการ ☐ อื่นๆ.....
ลงทะเบียนชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ ที่อยู่.....
.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้มีสิทธิ (รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผู้รับเบี้ยความพิการ ผู้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.๒๕๖๑

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้อย

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

ชื่อ.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ตำบลคลองน้อย อำเภอปากพนัง

จังหวัดนครศรีธรรมราช รหัสไปรษณีย์ ๘๐๓๓๐ โทรศัพท์.....หมายเลขบัตรประจำตัว

ประชาชน/หรือบัตรอื่นที่ราชการออกให้ ของผู้มีสิทธิฯ ที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐-☐

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ.....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้โทรศัพท์.....

ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิในการรับเงินฯ กับทางองค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้อย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ (ตุลาคม ๒๕๖๑)

☐ ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เป็นเงิน.....บาท ต่อเดือน (๖๐๐, ๗๐๐, ๘๐๐, ๑,๐๐๐ บาท)

☐ ได้รับเบี้ยความพิการ เป็นเงิน ๘๐๐ บาทต่อเดือน

☐ ได้รับการสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ เป็นเงิน ๕๐๐ บาทต่อเดือน

แสดงตนเพื่อขอรับเงินสด กับทางองค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้อย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒

โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง

☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

แสดงตนเพื่อขอรับเงินโอนผ่านบัญชี ธกส. กับทางองค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้อย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสารดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน /สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ /สำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ ใบรับรองแพทย์ที่แพทย์ระบุเป็นโรคเอดส์ ไม่เกิน ๖ เดือน ใช้เฉพาะผู้ป่วยเอดส์

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

ชื่อบัญชี.....บัญชีเลขที่.....

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอแทน)

.../ข้าพเจ้าขอ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษหรือเงินอื่นใดลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ที่ได้รับเงินเดือนค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นคนพิการและผู้ป่วยเอดส์ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๑ ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ และระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ สำหรับผู้ป่วยเอดส์ และข้าพเจ้าขอรับรองว่าตั้งแต่ข้าพเจ้ารับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/เบี้ยความพิการ/เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์มาตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงปัจจุบัน ไม่เป็นผู้ขาดคุณสมบัติข้อ ๖ แห่งระเบียบฯ การแสดงตนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/เบี้ยความพิการ/เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ โดยจะเริ่มรับเงินดังกล่าวตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๒ (โดยมีสิทธิได้รับเงินรวม.....บาท/เดือน) กรณีผู้สูงอายุ คนพิการ หรือผู้ป่วยเอดส์ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ทันที ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิต่อเนื่อง และหากผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ ย้ายออกจากทะเบียนบ้านตำบลคลองน้อย อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช จะต้องแจ้งให้ทางองค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้อยทราบก่อนจะดำเนินการย้าย เพื่อจะได้จะอำนวยความสะดวกในการรักษาสีทธิในการรับเงินดังกล่าวของท่านต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้แสดงตน/ผู้รับมอบ ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(.....)

(.....)

สำนักงานปลัด
อ.ต.ค.ล.อ.ง.ช.อ.ย.



ประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้อย
เรื่อง กำหนดวัน เวลา และสถานที่ ในการแสดงการดำรงชีวิตอยู่ ของผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยเอดส์
เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

ตาม ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ หมวด ๓ ข้อ ๑๐ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๑ และตามหมวด ๓ ข้อ ๑๐ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และแก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙ นั้น

เพื่อให้การดำเนินการระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๑ และ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙ จึงขอให้ผู้ที่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผู้รับเบี้ยความพิการ และผู้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ กับทางองค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้อย ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ และผู้สูงอายุที่ได้ลงทะเบียนไว้เมื่อปีที่ผ่านมา ที่จะรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ให้มาแสดงการดำรงชีวิตอยู่กับทางองค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้อย โดยให้จัดเตรียมเอกสารหลักฐานประกอบในการยืนยันสิทธิ์ ดังนี้

ผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่รับเงินสด

- | | | | |
|---|-------|---|------|
| ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยังไม่หมดอายุ | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนที่ยังไม่หมดอายุผู้รับมอบอำนาจ (กรณีรับมอบอำนาจ) | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๓. เอกสารอื่นที่ระบุการเปลี่ยนแปลงข้อมูลสำคัญทางทะเบียนราษฎร | จำนวน | ๑ | ชุด |
| ๔. อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง | | | |

ผู้สูงอายุที่รับเงินโอนผ่านบัญชีธนาคาร

- | | | | |
|---|-------|---|------|
| ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยังไม่หมดอายุ | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนที่ยังไม่หมดอายุผู้รับมอบอำนาจ (กรณีรับมอบอำนาจ) | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๓. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๔. เอกสารอื่นที่ระบุการเปลี่ยนแปลงข้อมูลสำคัญทางทะเบียนราษฎร | จำนวน | ๑ | ชุด |
| ๕. อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง | | | |

ผู้พิการ

ผู้พิการที่รับเงินสด

- | | | | |
|---|-------|---|------|
| ๑. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ/สมุดผู้พิการ/ใบแทน ที่ยังไม่หมดอายุ | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนที่ยังไม่หมดอายุผู้รับมอบอำนาจ (กรณีรับมอบอำนาจ) | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๓. เอกสารอื่นที่ระบุการเปลี่ยนแปลงข้อมูลสำคัญทางทะเบียนราษฎร | จำนวน | ๑ | ชุด |
| .../๔. อื่นๆที่ | | | |

๔. อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ผู้พิการที่รับเงินโอนผ่านบัญชีธนาคารฯ

- | | | | |
|---|-------|---|------|
| ๑. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ/สมุดผู้พิการ/ใบแทน ที่ยังไม่หมดอายุ | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนที่ยังไม่หมดอายุผู้รับมอบอำนาจ (กรณีรับมอบอำนาจ) | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๓. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๔. เอกสารอื่นที่ระบุการเปลี่ยนแปลงข้อมูลสำคัญทางทะเบียนราษฎร | จำนวน | ๑ | ชุด |
| ๕. อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง | | | |

ผู้ป่วยเอดส์ผู้ป่วยเอดส์ที่รับเงินสด

- | | | | |
|---|-------|---|------|
| ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนที่ยังไม่หมดอายุ | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนที่ยังไม่หมดอายุผู้รับมอบอำนาจ (กรณีรับมอบอำนาจ) | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๓. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุว่าเอดส์ จากโรงพยาบาลของรัฐ (ให้ไว้ไม่เกิน ๖ เดือน) | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๔. เอกสารอื่นที่ระบุการเปลี่ยนแปลงข้อมูลสำคัญทางทะเบียนราษฎร | จำนวน | ๑ | ชุด |
| ๕. อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง | | | |

ผู้ป่วยเอดส์ที่รับเงินโอนผ่านบัญชีธนาคารฯ

- | | | | |
|---|-------|---|------|
| ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนที่ยังไม่หมดอายุ | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนที่ยังไม่หมดอายุผู้รับมอบอำนาจ (กรณีรับมอบอำนาจ) | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๓. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุว่าเอดส์ จากโรงพยาบาลของรัฐ (ให้ไว้ไม่เกิน ๖ เดือน) | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๔. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๕. เอกสารอื่นที่ระบุการเปลี่ยนแปลงข้อมูลสำคัญทางทะเบียนราษฎร | จำนวน | ๑ | ชุด |
| ๖. อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง | | | |

ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินการดังกล่าวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล องค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้อย จึงขอกำหนดวัน เวลา และสถานที่ เพื่อก่อให้เกิดบริการประชาชน ตามเอกสารแนบท้ายประกาศฉบับนี้

จึงประกาศมาเพื่อเข้าร่วมในการแสดงการดำรงชีวิตอยู่ของผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยเอดส์โดยพร้อมเพรียงกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑


 (นายจรัส มาคทอง)
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้อย