

## แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลริมปิง.....

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ..... ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....

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

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... อาชีพ.....

การศึกษา.....หมายเลขโทรศัพท์..... ขอแจ้งความประสงค์ขอรับ  
เงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

๑. ที่พักอาศัย ( ) เป็นของตนเอง และมีลักษณะ ( ) ขำรุดทรุดโทรม ( ) ขำรุดทรุดโทรมบางส่วน  
( ) มั่นคงถาวร ( ) เป็นของ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้  
( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก .....  
อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้ ( ) สะดวก  
( ) ลำบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้ ( ) สะดวก  
( ) ลำบาก เนื่องจาก .....

### ๓. การพักอาศัย

( ) อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....  
( ) พักอาศัยกับ .....รวม .....คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน  
มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

๔. การครองชีพผู้ขอรับการสงเคราะห์ มีรายได้รวม.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของ  
รายได้.....นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

### ๕. ปัญหาความเดือดร้อน

☐ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ☐ รายได้น้อย ☐ ไม่มีค่ารักษาพยาบาล

☐ อื่น.....

๖. หลักฐานประกอบการพิจารณา

- |                                                                 |              |
|-----------------------------------------------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน               | จำนวน ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน                       | จำนวน ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ซึ่งอยู่ในโรงพยาบาลของรัฐ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> หนังสือมอบอำนาจ                        | จำนวน ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....                             |              |

๗. กรณีได้รับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

( ) เป็นเงินสด

( ) โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

เลขที่บัญชี.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....สถานที่ติดต่อเลขที่.....ถนน.....

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

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

..... ผู้ให้ถ้อยคำ  
(.....)

๘. การตรวจเยี่ยมบ้านวันที่.....

.....  
.....

๙. การวินิจฉัยปัญหา

.....  
.....

๑๐. ความเห็นในการสงเคราะห์

.....  
.....

..... เจ้าหน้าที่  
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันเดือนปี.....

## หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน  
.....อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตรอก/ซอย..... หมู่ที่.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน  
.....อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตรอก/ซอย..... หมู่ที่.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์..... เกี่ยวข้องเป็น.....เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการ  
หนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทุกประการ

( ) แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

( ) แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

โดยให้จ่ายให้แก่.....

( ) เป็นเงินสด

( ) โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

เลขที่บัญชี.....

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)