



ประกาศเทศบาลตำบลสันปูเลย

เรื่อง ตรวจสอบข้อมูลการแสดงตนเพื่อยืนยันสิทธิขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ หมวด ๔ งบประมาณและวิธีการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ ข้อ ๒๐ (๑) ภายในเดือนตุลาคมของทุกปี ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการแจ้งผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์มาแสดงตน ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพนั้นต่อไป ทั้งนี้ หากผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ที่ไม่มาแสดงตนได้จะมอบอำนาจตามแบบที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด ให้บุคคลอื่นมาแจ้งแทนก็ได้ ดังนั้น เพื่อให้เป็นไปตามระเบียบดังกล่าว เทศบาลตำบลสันปูเลย จึงขอให้ผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพดำเนินการดังนี้

ให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ทุกรายแจ้งยืนยันสิทธิและแสดงการดำรงชีวิตอยู่เพื่อรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิ หากไม่สามารถแสดงตนด้วยตนเองได้ ให้ทำหนังสือรับรองการมีชีวิตซึ่งรับรองโดยกำนันหรือผู้ใหญ่บ้านและหนังสือมอบอำนาจตามแบบที่เทศบาลตำบลสันปูเลยกำหนด โดยมอบหมายให้ผู้รับมอบอำนาจนำเอกสารหลักฐานมาแสดงตนแทนได้

เพื่อให้การดำเนินงานด้านการจ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ เป็นไปด้วยความถูกต้องตามระเบียบดังกล่าว เทศบาลตำบลสันปูเลย จึงขอแจ้งให้ผู้ป่วยเอดส์ทุกรายมาแสดงตนต่อเจ้าหน้าที่ ณ ห้องพัฒนาชุมชน สำนักปลัด ฝ่ายปกครอง เทศบาลตำบลสันปูเลย ตั้งแต่วันที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๖๘ จนถึงวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ ในวันและเวลาราชการ นำเอกสารฉบับจริงและสำเนาอย่างละ ๑ ฉบับเขียนชื่อรับรองสำเนาทุกฉบับ

เอกสารที่นำมาขึ้นเพื่อแสดงตน

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมฉบับจริง จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมฉบับจริง จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารที่รับเงินฯ จำนวน ๑ ฉบับ
๔. หนังสือรับรองการมีชีวิต (รับรองโดยกำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน) จำนวน ๑ ฉบับ
๕. หนังสือมอบอำนาจ (สำหรับผู้ที่ไม่สามารถมาแสดงสิทธิด้วยตนเองได้) พร้อมสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้อำนาจและผู้รับมอบอำนาจ โดยมีพยานรับรองจำนวน ๒ คน

จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๗ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายสาธิต คำหน่อแก้ว)

นายกเทศมนตรีตำบลสันปูเลย

หนังสือแสดงตน

การดำรงชีวิตอยู่เพื่อยืนยันสิทธิขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลสันปูเลย

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า (นาย/นาง/น.ส./ค.ช./ค.ญ.).....

หมายเลขประจำตัวประชาชน.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

ที่อยู่ตามบัตรประชาชนเลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน.....ตำบล.....

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

เบอร์โทรศัพท์..... เป็นผู้ที่มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

โดยวิธีการ

โอนเข้าบัญชีธนาคารบัญชีเลขที่.....

ข้าพเจ้า ขอแจ้งการแสดงตนการดำรงชีวิตอยู่ต่อของเทศบาลตำบลสันปูเลย ว่าขณะนี้ข้าพเจ้ายังมีชีวิตอยู่
และมีความประสงค์แสดงตนของผู้มีสิทธิรับเงินดังกล่าว โดยปัจจุบันข้าพเจ้าอาศัยอยู่บ้านเลขที่

หมู่ที่ บ้าน ตำบล อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์..... เป็นความจริงทุกประการ

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ และระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ สำหรับผู้ป่วยเอดส์ พร้อมทั้งได้แนบเอกสารแสดงตนเพื่อยืนยันสิทธิขอรับ
เงินไว้กับเจ้าหน้าที่งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด เทศบาลตำบลสันปูเลย ดังนี้

๑. สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

๒. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

๓. สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร จำนวน ๑ ฉบับ

๔. เอกสารใบรับรองแพทย์ จำนวน ๑ ฉบับ

เป็นที่เรียบร้อยแล้ว เพื่อยืนยันสิทธิการรับเงินเบี้ยยังชีพ, เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ ตามปีงบประมาณ ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้แสดงตัวตน/ผู้รับเงินเบี้ยยังชีพฯ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ/เจ้าหน้าที่

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

คำสั่ง

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ

(นายสาธิต คำหน่อแก้ว)

นายกเทศมนตรีตำบลสันปูเลย

เอกสารฉบับนี้ใช้เฉพาะแสดงตนการดำรงชีวิตอยู่ เพื่อยืนยันสิทธิการรับเบี้ยยังชีพ เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

หนังสือรับรองการมีชีวิต

วันที่.....

(ชื่อผู้รับรอง) นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....จังหวัด.....
ประกอบอาชีพ.....ตำแหน่ง.....
ระดับ.....สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่าบุคคลดังต่อไปนี้ ขณะนี้ยังมีชีวิตอยู่

นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี รับเบี้ยยังชีพ.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
เลขที่บัญชีธนาคารที่รับเงิน.....ธนาคาร.....สาขา.....
เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก.....

ชื่อผู้รับมอบอำนาจ นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าวข้างต้น ยังมีชีวิตอยู่จริง

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วย

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ : ผู้ให้คำรับรองต้องเป็นกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน นายทะเบียนท้องถิ่น หรือข้าราชการตั้งแต่ระดับ ๓ หรือเทียบเท่า หรือมียศตั้งแต่ร้อยตรี เรืออากาศตรี หรือร้อยตำรวจตรีขึ้นไป
(พร้อมแนบสำเนาบัตรข้าราชการและรับรองสำเนาถูกต้อง)

เอกสารฉบับนี้ใช้เฉพาะแสดงตนการดำรงชีวิตอยู่เพื่อยืนยันสิทธิการรับเงินเบี้ยยังชีพ เงินสงเคราะห์
เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปี ๒๕๖๙ ภายในเดือน ตุลาคม ๒๕๖๘

หนังสือมอบอำนาจแสดงตนการดำรงชีวิต เพื่อยืนยันสิทธิขอรับเบี้ยยังชีพ
เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙

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 เพื่อยืนยันสิทธิขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้ เสมือนหนึ่ง
ข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือชื่อไว้เป็นสำคัญ
ต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)