

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

โทรศัพท์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

☐ มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ.....

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

(.....)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□□ แล้ว ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลเขาวไร่ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นางสาวโสภัญญา วงษ์สุวรรณ) เจ้าพนักงานพัฒนาชุมชนชำนาญงาน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นางสาวปิยรินทร์ เขตเจริญ) นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นางสาวณัฐนันท์ สิมศิริวัฒน์) ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม

คำสั่ง
☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่น ๆ.....

(ลงชื่อ).....
(นายณัฐวุฒิ มนโธสง)
นายกองค้การบริหารส่วนตำบลเขาวไร่
วัน/เดือน/ปี.....

ตัดตามรอยเส้นประให้ผู้ป่วยเอดส์ ที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าเจ้า(นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....สกุล.....

เลขบัตรประชาชน □ □□□□ □□□□□ □□ □

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพ
ผู้ป่วยเอดส์ ภายในเดือนถัดไป (ไม่เกินวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน) ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ กองสวัสดิการสังคม อบต.เขาวไร่
หรือ เบอร์โทร ๐๙๘-๕๘๕๐๓๖๘,๐๘๓-๒๒๑๐๒๙๙

.....