**แบบแสดงตนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ประจำปีงบประมาณ 2563**

เลขที่รับ .............

**“องค์การบริหารส่วนตำบลสามง่าม อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร”**

เขียนที่...........................................

วันที่..........เดือน..................................พ.ศ....................

ชื่อ-สกุล ผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพ .............................................................................................

เลขประจำตัวประชาชน..................................................................อายุ...............ปี อยู่บ้านเลขที่................................. ถนน.....-......หมู่ที่...............ชุมชน................ ตำบล.......สามง่าม.......อำเภอ....สามง่าม........จังหวัด........พิจิตร...........รหัสไปรษณีย์.......66140...............โทร.......................................

มา มาแสดงตนด้วยตนเอง

มา มาแสดงตนแทน ต้องมีใบมอบอำนาจ และให้กรอกรายละเอียด

ข้าพเจ้า.................................................................................................................................. เลขประจำตัวประชาชน.............................................................อายุ...............ปี อยู่บ้านเลขที่............................. . ถนน...................หมู่ที่...............ชุมชน......................................... ตำบล...................................อำเภอ สามง่าม จังหวัดพิจิตร รหัสไปรษณีย์................................โทร.......................................

ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ( ) ผู้สูงอายุ ( ) ผู้พิการ ( ) ผู้ติดเชื้อ HIV

จากองค์การบริหารส่วนตำบลสามง่าม อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ โดย

( ) ผู้สูงอายุ ( ) ผู้พิการ ( ) ผู้ติดเชื้อ HIV

โดย รับเป็นเงินสด ด้วยตนเอง

รับเป็นเงินสด โดย มอบอำนาจให้ .................................................

ความสัมพันธ์ เป็น...............ซึ่งรับแทนข้าพเจ้า ตั้งแต่เดือน ..................................ถึง........................................

โอนผ่านบัญชีธนาคาร...................................สาขา.........................

ชื่อบัญชี....................................................................เลขที่บัญชี........................................................................

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ที่ได้รับเงินเดือนค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นคนพิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548 และข้าพเจ้าขอรับรองว่าตั้งแต่ข้าพเจ้ารับเงินเบี้ยยังชีพมาตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงปัจจุบัน ไม่เป็นผู้ขาดคุณสมบัติตามข้อ 6 แห่งระเบียบฯ

การแสดงตนครั้งนี้เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนกันยายน 2563 ในอัตราแบบขั้นบันได ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ภายในเดือนพฤศจิกายนของปีที่ย้ายไป ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง และหากผู้สูงอายุย้ายที่อยู่ จะต้องแจ้งให้เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลสามง่ามทราบ ก่อนจะดำเนินการย้ายเพื่อเป็นการรักษาสิทธิในการรับเงิน ดังกล่าว

ลงชื่อ.........................................................ผู้มาแสดงตน ลงชื่อ..................................................เจ้าหน้าที่

(.....................................................) (.....................................................)

**หนังสือมอบอำนาจ**

วันที่............เดือน............................พ.ศ........................

ข้าพเจ้าผู้มีสิทธิ/ผู้รับมอบอำนาจ รับเงินเบี้ยยังชีพจากองค์การบริหารส่วนตำบลสามง่าม อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร เป็นผู้มีอำนาจมาแสดงตนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพ ประจำปีงบประมาณ 2563 ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2548 ข้อ 20 (1) แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

**มีความประสงค์แจ้งขอรับเงินเบี้ยยังชีพ**

**( ) ผู้สูงอายุ ( ) ผู้พิการ ( ) ผู้ติดเชื้อ HIV**

โดย รับเป็นเงินสด ด้วยตนเอง

รับเป็นเงินสด โดย มอบอำนาจให้ .................................................

ความสัมพันธ์ เป็น..................ซึ่งรับแทนข้าพเจ้า ตั้งแต่เดือน ..................................ถึง.......................................

โอนผ่านบัญชีธนาคาร...................................สาขา.........................

ชื่อบัญชี....................................................................เลขที่บัญชี........................................................................

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่า ข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ .................................................ผู้มอบอำนาจ

(...................................................)

ลงชื่อ .................................................ผู้รับมอบอำนาจ

(...................................................)

ลงชื่อ .....................................................พยาน

(......................................................)

ลงชื่อ .....................................................พยาน

(.....................................................)