ฉบับสมบูรณ์

หนังสือมอบอำนาจสำหรับผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง หรือผู้สูงอายุ ที่ไม่สามารถเดินทางมาลงทะเบียนได้ด้วยตนเอง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....

อายุ.....ปี สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ .....

หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ .....

ได้มอบอำนาจให้ (นาย/นาง/นางสาว) .....

อายุ.....ปี สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ .....

หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ .....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการในการลงทะเบียนโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี 2565 แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน
(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ 1. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน
2. กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ลงทะเบียน (ผู้มอบอำนาจ) พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
3. กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ (ถ้ามี) หรือใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)