

หนังสือมอบอำนาจสำหรับผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง หรือผู้สูงอายุ  
ที่ไม่สามารถเดินทางมาตรวจสอบสิทธิ และ/หรืออุทธรณ์สิทธิได้ด้วยตนเอง

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 .....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการในการ  ตรวจสอบสิทธิ และ/หรือ  อุทธรณ์สิทธิ โครงการลงทะเบียน  
เพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี 2565 แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจ  
ได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ  
หรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

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

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

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....) ตัวบรรจง

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