

หนังสือมอบอำนาจสำหรับผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง หรือผู้สูงอายุ
ที่ไม่สามารถเดินทางมายืนยันตัวตนได้ด้วยตนเอง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

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

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

หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่ได้

ได้มอบอำนาจให้ (นาย/นาง/นางสาว)

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

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

หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่ได้

เป็นผู้มีอำนาจจัดการในการยืนยันตัวตนโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ
ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้า
ได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

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

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

ลงชื่อ.....พยาน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน
(.....) ตัวบรรจง

- หมายเหตุ
1. เขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน
 2. ยืนยันบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของ
ผู้มอบอำนาจ (ผู้มอบอำนาจลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง) และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบ
อำนาจ (ผู้รับมอบอำนาจลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง) โดยขีดคร่อมด้วยข้อความว่า “ใช้สำหรับการยืนยันตัวตน
เพื่อใช้สิทธิสวัสดิการแห่งรัฐเท่านั้น”
 3. แนบสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ (ถ้ามี) ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี) หรือเอกสารอื่นใดที่เกี่ยวข้อง