**หนังสือมอบอำนาจ**

**(ผู้สูงอายุ)**

ที่บ้านเลขที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....ออกให้ ณ .....เมื่อวันที่..... อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....ออกให้ ณ .....เมื่อวันที่..... อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจ.....

.....

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 แทนข้าพเจ้า และมีระยะเวลาการมอบอำนาจไม่เกินปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) (ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยฯ/สท.)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) (ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยฯ/สท.)

**หนังสือมอบอำนาจ**

**(คนพิการ)**

ที่บ้านเลขที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรคนพิการ
เลขที่.....ออกให้ ณ .....เมื่อวันที่.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน
เลขที่.....ออกให้ ณ .....เมื่อวันที่.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด. .....

เป็นผู้มีอำนาจ..... .....

.....

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 แทนข้าพเจ้า และมีระยะเวลาการมอบอำนาจไม่เกินปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) (ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยฯ/สท.)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) (ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยฯ/สท.)

**หนังสือมอบอำนาจ**

**(ผู้ป่วยเอดส์)**

ที่บ้านเลขที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....ออกให้ ณ .....เมื่อวันที่..... อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....ออกให้ ณ .....เมื่อวันที่..... อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจ.....แสดงตนแทนผู้ป่วยเอดส์.....ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 แทนข้าพเจ้า และมีระยะเวลาการมอบอำนาจไม่เกินปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) (ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยฯ/สท.)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) (ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยฯ/สท.)

**หมายเหตุ** หนังสือมอบอำนาจฉบับนี้จะต้องแนบเอกสารประกอบ ดังนี้

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน **ผู้มอบ** อำนาจ พร้อมลงชื่อรับรองสำเนา จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน **ผู้มอบ** อำนาจ พร้อมลงชื่อรับรองสำเนา จำนวน 1 ฉบับ
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน **ผู้รับมอบ**อำนาจ พร้อมลงชื่อรับรองสำเนา จำนวน 1 ฉบับ
4. สำเนาทะเบียนบ้าน **ผู้รับมอบ** อำนาจ พร้อมลงชื่อรับรองสำเนา จำนวน 1 ฉบับ