

หนังสือมอบอำนาจ (กรณี เสียชีวิต)

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล) นาย/นาง/นางสาว.....
 ซึ่งเป็น สามีหรือภรรยา บิดา มารดา บุตร พี่น้องร่วมสายโลหิต ของผู้ได้รับการฉีด
 วัคซีนโควิด19 ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....
 ซึ่งเข้ารับการฉีดวัคซีนที่ (ระบุชื่อสถานที่ฉีดวัคซีน)
 จังหวัด..... เมื่อวันที่..... และ ผู้ฉีดวัคซีนฯเสียชีวิต เมื่อวันที่.....
 ข้าพเจ้าเป็นตัวแทนโดยชอบด้วยกฎหมาย เพื่อดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความ
 เสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด19 (Coronavirus Disease 2019
 (COVID-19))

ข้าพเจ้าได้รับการมอบอำนาจให้เป็นตัวแทนของผู้ได้รับการฉีดวัคซีนโควิด19 และเสียชีวิตดังกล่าว มีสิทธิ์โดย
 ชอบธรรมในการรับโอนเงินเยียวยาภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้ทุกประการ ดังลายมือชื่อของผู้เกี่ยวข้องได้ลงนามและ
 แบนสำเนาบัตรประชาชนเพื่อรับรองมาตามรายนามต่อไปนี้

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ (.....)	ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ (.....)
..ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ (.....)	ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ (.....)
ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ (.....)	ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ (.....)
ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ (.....)	ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ (.....)
ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ (.....)	ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ (.....)
ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ (.....)	ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ (.....)
ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ (.....)	

ลงชื่อ.....พยาน (.....)	ลงชื่อ.....พยาน (.....)
----------------------------	----------------------------

หมายเหตุ : ผู้มอบอำนาจ หมายถึง ผู้มีสิทธิ์ตามลำดับความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้เสียชีวิต ตามที่กฎหมายกำหนด
 : พยาน หมายถึง ผู้นำชุมชน หรือญาติผู้ใหญ่ที่คนในครอบครัวเคารพนับถือ เป็นต้น
 : แบนสำเนาบัตรประชาชนที่ลงนามรับรองสำเนาถูกต้องครบถ้วนของผู้มอบอำนาจทุกคนมาประกอบ