

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ  
 ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น  บิดา - มารดา  บุตร  สามเ - ภรรยา  พี่น้อง  ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ  
 ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ) .....  
 เลขประจำตัวประชาชน ---- ที่อยู่ .....

โทรศัพท์ .....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

คำนำหน้านาม  เด็กชาย  เด็กหญิง  นาย  นาง  นางสาว  อื่นๆ (ระบุ) .....

ชื่อ ..... นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน ..... พ.ศ. .... อายุ.....ปี สัญชาติ..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน

เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ ซอย ..... ถนน..... หมู่บ้าน/ชุมชน .....

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ ----

ประเภทความพิการ  ความพิการทางการเห็น  ความพิการทางสติปัญญา

ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย  ความพิการทางการเรียนรู้

ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย  ความพิการทางออทิสติก

ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส  โสด  สมรส  หม้าย  หย่าร้าง  แยกกันอยู่  อื่น ๆ .....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ ..... โทรศัพท์.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ  ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ  เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่  
 เมื่อ .....

ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์  อื่นๆ (ระบุ) .....

มีอาชีพ (ระบุ) ..... รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....(บาท)

มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ .....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคาร ..... สาขา ..... เลขที่บัญชี --

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ  สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....) (.....)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ .....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก ..... .....</p> <p>(ลงชื่อ) ..... เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน (นางสาวสุวรรณา วงษ์ยาปาน) นักพัฒนาชุมชน ..... (นางสาวพิชญจิรา ละมุล) หัวหน้าสำนักงานปลัด</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายก เทศมนตรี/อบต. .... คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) ..... ( ..... )</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) ..... ( ..... )</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) ..... ( นางสาวณัฐพร สมใจ )</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ) .....</p> <p>(นายสมดุลย์ พากเพียรศิลป์) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลรอบเมือง วันที่</p>	

ตัดความรอยประให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้ .....

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ชื่อ-สกุล ผู้พิการ (นาย/นาง/นางสาว).....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ  
ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ. .... เป็นต้นไป ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท จะโอนเงินเข้าธนาคารภายในวันที่ ๑๐  
ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครอง  
ส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ และต้องแจ้งให้ อบต.รอบเมือง ทราบด้วย ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

(ลงชื่อ) .....  
(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน