ทะเบียนเลขที่..................../25.......

**แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 25.............**

ผู้ยื่นคำขอฯ [ ] แจ้งด้วยตนเอง

[ ] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น................................................กับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ – สกุล....................................................................เลขประจำตัวประชาชน ⃞ - ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ - ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ - ⃞ ⃞ - ⃞

ที่อยู่.................................................................................................................................................โทรศัพท์......................................................

เขียนที่........................................................................

วันที่.................เดือน.............................................. พ.ศ. ...................

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ...............................................................นามสกุล.........................................................

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

เลขที่...................หมู่ที่....................ตรอก/ซอย................................................................ถนน..............................................................................

ตำบล/แขวง...................................................................อำเภอ/เขต........................................................จังหวัด.................................................

รหัสไปรษณีย์.......................................................โทรศัพท์...........................................................................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ ⃞ - ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ - ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ - ⃞ ⃞ - ⃞

ประเภทคนพิการ ⃞ ความพิการทางการเห็น ⃞ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หรือออทิสติก

⃞ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ⃞ ความพิการทางสติปัญญา

⃞ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ⃞ ความพิการทางการเรียนรู้

⃞ ความพิการซ้ำซ้อน ⃞ ไม่ระบุความพิการ

สถานภาพสมรส ⃞ โสด ⃞ สมรส ⃞ หม้าย ⃞ หย่าร้าง ⃞ แยกกันอยู่ ⃞ อื่น ๆ ⃞

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

เกี่ยวข้องโดยเป็น ⃞ บิดา – มารดา ⃞ บุตร ⃞ สามี – ภรรยา ⃞ พี่น้อง ⃞ อื่น ๆ ...........................................................

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ⃞ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

⃞ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ⃞ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

⃞ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ..........

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชัพความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 25.......... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

⃞ รับเงินสดด้วยตนเอง ⃞ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ์

⃞ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ์ ⃞ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ์

ธนาคาร...................................................................เลขบัญชี ⃞ ⃞ ⃞ - ⃞ - ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ - ⃞

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

⃞ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือ สำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

⃞ สำเนาทะเบียนบ้าน

⃞ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้รับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินฝากธนาคาร)

⃞ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

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

**หมายเหตุ** ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย √ ในช่อง ⃞หน้าข้อความที่ต้องการ

-2-

|  |  |
| --- | --- |
| ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน  เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ  ได้ตรวจสอบคุณสมบัติหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน  นาย / นาง / นางสาว /.......................................................................  หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน  ⃞ - ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ - ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ - ⃞ ⃞ - ⃞  แล้ว  ⃞ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน  ⃞ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ  ............................................................................................  ………………………………………………………………………………..  (ลงชื่อ)...........................................................................  (.........................................................................)  เจ้าหน้าที่ผู้ที่รับลงทะเบียน | ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ  เรียน นายกเทศมนตรี / นายก อบต........................................  คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมีความเห็นดังนี้  ⃞ สมควรรับลงทะเบียน ⃞ ไม่สมควรรับลงทะเบียน  กรรมการ (ลงชื่อ)..............................................................  (...........................................................)  กรรมการ (ลงชื่อ).............................................................  (..........................................................)  กรรมการ (ลงชื่อ)............................................................  (...........................................................) |
| คำสั่ง  ⃞ รับลงทะเบียน ⃞ ไม่รับลงทะเบียน ⃞ อื่น ๆ .............................................................................................................................  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..    (ลงชื่อ) ....................................................................  นายกเทศมนตรี / นายก อบต. ...............................................................................  วันที่ / เดือน / ปี ............................................................ | |