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-

|  |  |
| --- | --- |
| ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียนเรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนนาย / นาง / นางสาว /.......................................................................หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ⃞ - ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ - ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ - ⃞ ⃞ - ⃞แล้ว ⃞ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน  ⃞ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ............................................................................................………………………………………………………………………………..(ลงชื่อ)...........................................................................(.........................................................................)เจ้าหน้าที่ผู้ที่รับลงทะเบียน | ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติเรียน นายกเทศมนตรี / นายก อบต........................................ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมีความเห็นดังนี้ ⃞ สมควรรับลงทะเบียน ⃞ ไม่สมควรรับลงทะเบียนกรรมการ (ลงชื่อ).............................................................. (...........................................................)กรรมการ (ลงชื่อ)............................................................. (..........................................................)กรรมการ (ลงชื่อ)............................................................ (...........................................................) |
| คำสั่ง ⃞ รับลงทะเบียน ⃞ ไม่รับลงทะเบียน ⃞ อื่น ๆ .............................................................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  (ลงชื่อ) .................................................................... นายกเทศมนตรี / นายก อบต. ............................................................................... วันที่ / เดือน / ปี ............................................................ |