

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ผู้ยื่นคำขอฯ ☐ แจ้งด้วยตนเอง

☐ ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ-สกุล.....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลเขาไร่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ.) ชื่อ.....นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. อายุ.....ปี สัญชาติ ไทย มีชื่ออยู่ใน

สำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ตำบล เขาไร่ อำเภอ นาเชือก จังหวัด มหาสารคาม รหัสไปรษณีย์ ๔๔๑๓๐

โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการมองเห็น ☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้

☐ พิการซ้ำซ้อน ☐ ความพิการออทิสติก

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

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์..... เกี่ยวข้องโดยเป็น

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ..... มีอาชีพ..... รายได้ต่อเดือน.....บาท

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสด (โดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ)

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร(ในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ)

ชื่อบัญชี.....ธนาคาร..... สาขา..... เลขที่บัญชี.....

พร้อมเอกสารดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้มีสิทธิ ☐ สำเนาทะเบียนบ้านผู้มีสิทธิ

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารผู้มีสิทธิ

เอกสารเพิ่มเติม (กรณีมอบอำนาจ)

☐ หนังสือมอบอำนาจ ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ☐ สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับมอบอำนาจ

☐ สำเนาสมุดบัญชีผู้รับมอบอำนาจ ☐ เอกสารพยาน ๒ คน

ผู้รับมอบอำนาจมีความสัมพันธ์เป็น..... เบอร์โทร.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

()

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

()

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□ ☐ เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ☐ เป็นผู้ที่มีความประพฤติไม่ดี (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน ()	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองคํการบริหารส่วนตำบลเขาไร่ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นางสาวณัฐนันท์ สิมศิริวัฒน์) ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นางสาวปิยรินทร์ เขตเจริญ) นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นางสาวโสภัญญา วงษ์สุวรรณ) เจ้าพนักงานพัฒนาชุมชนชำนาญงาน
คำสั่ง ☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่นๆ..... (ลงชื่อ) (นายณัฐวุฒิ มนโรสง) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเขาไร่ วัน/เดือน/ปี.....	

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียน เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ.) ชื่อ.....สกุล..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□ การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพ คนพิการภายในเดือนถัดไป (ไม่เกินวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน) คนพิการที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี จะมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการ ๑,๐๐๐ บาท หากในวันที่ ๑ ของเดือน คนพิการที่มีอายุ ๑๘ ปีบริบูรณ์หรือมากกว่าในเดือนนั้น จะมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการ ๘๐๐ บาท <u>กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่ทำการองค์กรปกครอง</u> <u>ส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ทันที ทั้งนี้ เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการ ติดต่อบริษัทเพิ่มเติม</u> <u>ได้ที่ กองสวัสดิการสังคม อบต.เขาไร่ หรือ เบอร์โทร ๐๙๘-๕๕๕๐๓๖๘, ๐๘๓-๒๒๑๐๒๙๙, ๐๙๘-๕๕๕๕๕๕๒</u>
--

หนังสือมอบอำนาจ

(กรณีรับเบี้ยผู้สูงอายุหรือเบี้ยความพิการเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของบุคคลอื่น)

เขียนที่....เทศบาลนครเจ้าพระยาสุรศักดิ์.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า(ผู้มอบอำนาจ).....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้เมื่อวันที่หมดอายุวันที่.....
อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ ศรีราชา จังหวัด ชลบุรี

ขอมอบอำนาจให้ (ผู้รับมอบอำนาจ)..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่..... ออกให้ ณ..... เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่..... ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
เกี่ยวข้องเป็น.....หมายเลขโทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงินเบี้ยยังชีพ () ผู้สูงอายุ () คนพิการ แทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว”
จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้า
ได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

เอกสารแนบ

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ
๔. สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ
๕. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ
๖. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพยาน ๒ คน คนละ ๑ ฉบับ