

แบบลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

ผู้ยื่นคำขอฯ ☐ แจ้งด้วยตนเอง

☐ ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้พิการที่ขอขึ้น

ทะเบียน

ชื่อ - สกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐-☐☐-☐

ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....

เขียนที่องค์การบริหารส่วนตำบลเทพาลัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

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

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก / ซอย

ถนน.....ตำบล / แขวงอำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

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

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางจิตในหรือพฤติกรรม หรือออทิสติก

☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้

☐ พิการซ้ำซ้อน ☐ ไม่ระบุความพิการ

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ.....

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

เกี่ยวข้องเป็น ☐ บิดา - มารดา ☐ บุตร ☐ สามิ - ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ อื่น ๆ.....

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

ผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร.....เลขที่บัญชี.....

สาขา.....ชื่อบัญชีธนาคาร.....

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
- ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
- ☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)
- ☐ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)	ผู้ยื่นคำขอ	(ลงชื่อ)	เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน
(.....)		(.....)	

หมายเหตุ : ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ใส่ช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติ นาย/นาง/นางสาว/อื่นหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐-☐☐-☐ แล้ว ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้ (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเทพาลัย คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน ประธานกรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)
คำสั่ง ☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่น ๆ (ลงชื่อ)..... (.....) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเทพาลัย วัน/เดือน/ปี.....	

ทะเบียนเลขที่...../.....

ชื่อ.....นามสกุล.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตำบลเทพาลัย อำเภอคง จังหวัดนครราชสีมา

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยจะรับเงินเบี้ยความพิการ หลังจากเดือนที่ยื่นเอกสาร
ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณี
คนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น หลังจากได้รับเบี้ยยังชีพแล้ว และประสงค์จะขอรับเบี้ยยังชีพ ณ ที่ท้องถิ่นนั้น
จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนถัดไป และ
การขึ้นทะเบียน ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่จะต้องขึ้นทะเบียนไว้จะมีผลในเดือนถัดไป แต่ต้องแจ้งให้องค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมทราบเสียก่อน เพื่อไม่ให้เกิดการซ้ำซ้อนกัน

(ลงชื่อ).....

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน
เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ต.รอก/ซอย..... ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน
เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ต.รอก/ซอย..... ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงินเบี้ยความพิการ ในปีงบประมาณ พ.ศ..... แทนข้าพเจ้า และมีระยะเวลาการ
มอบอำนาจการรับเงินแทนผู้มีสิทธิเงินกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการรับเงิน

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำ
ด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ส.อบต.หมู่ที่.....

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

กำนัน/ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่.....