

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

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

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่ สำนักงานเทศบาลตำบลท่าแพ

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ค่านำหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (ระบุ)

ชื่อ..... นามสกุล.....

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

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

ตำบล ปากพูน อำเภอ เมืองนครศรีธรรมราช จังหวัด นครศรีธรรมราช รหัสไปรษณีย์ ๘๐๐๐๐ โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ ที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐-☐

วัน-เดือน-ปี ที่จดทะเบียนครั้งแรก (บัตรประจำตัวคนพิการ).....

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางออกทิสติก☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ พิการทางซ้ำซ้อนสถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ.....

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....☐ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ อื่นๆ (ระบุ)☐ มีอาชีพ (ระบุ) รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....(บาท)☐ มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖..... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแลธนาคาร..... ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี ☐☐☐-☐☐☐☐☐☐-☐☐พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้ ☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)☐ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่เป็นบุคคลที่อยู่ในอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้อความและเอกสารที่ยื่นนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย☐ “ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ/

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว ☐ เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ☐ เป็นผู้ที่ไม่ดีคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีตำบลท่าแพ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (นางสาวดี สุปรียสุนทร) ปลัดเทศบาลตำบลท่าแพ กรรมการ (ลงชื่อ) (นางสุพิศ มุสิแดง) รองปลัดเทศบาลตำบลท่าแพ กรรมการ (ลงชื่อ) (นางสายฝน ยกชู) หัวหน้าสำนักปลัดเทศบาล
คำสั่ง ☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่นๆ..... (ลงชื่อ)..... (นายเจริญ เจริญราพัฒน์) นายกเทศมนตรีตำบลท่าแพ วัน/เดือน/ปี.....	

ติดตามรอยประให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ โดยจะได้รับเงิน
เบี้ยความพิการในเดือนถัดไป คือ ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ..... ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน
กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
แห่งใหม่ทันที ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน
(.....)

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพ

๑. ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว).....

หมายเลขประจำตัวประชาชน.....

๒. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

๓. บุคคลที่สามารถติดต่อได้

ชื่อ-สกุล.....เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียน.....แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้า ขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้ เสมือนว่า
ข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หมายเหตุ

- ให้ผู้รับยื่นขอรับเบี้ยยังชีพลงลายมือชื่อด้วยตนเอง ถ้าลงลายมือชื่อด้วยตัวเองไม่ได้ให้พิมพ์ลายนิ้วมือแทน พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน/บัตรประจำตัวคนพิการ และสำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ อย่างละ 1 ฉบับ (ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาทุกฉบับ)

หนังสือแสดงความประสงค์การรับเงินเบี้ยยังชีพ

เขียนที่ สำนักงานเทศบาลตำบลท่าแพ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลท่าแพ

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....

ถนน..... ตรอก/ซอย..... ชุมชน.....

หมู่ที่ 1 ตำบลปากพูน อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/เบี้ยความพิการ/เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ นั้น

ข้าพเจ้า ขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินเพื่อการยังชีพ “ทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว (มีชีวิตรอยู่ถึงวันที่ 1 ของเดือนที่เสียชีวิต)” โดยวิธีการ

() รับเงินสดด้วยตนเอง

() รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ ชื่อ.....

() โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ (ไม่ต้องเขียนหนังสือมอบอำนาจ)

() โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ (ต้องเขียนหนังสือมอบอำนาจ)

โดย โอนเข้าบัญชี ชื่อธนาคาร..... สาขา.....

ชื่อบัญชี.....

เลขที่บัญชี.....

(กรณีหน้าบัญชีเงินฝากธนาคารใช้ชื่อบัญชีร่วมกัน หรือมอบอำนาจให้บุคคลอื่นรับเงิน ให้ทำหนังสือมอบอำนาจให้ผู้ที่มีชื่อบัญชีร่วมกัน/ชื่อบุคคลอื่น พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของทั้งสองคน)

(ลงชื่อ)

ผู้รับเบี้ยยังชีพ

(.....)

ขอรับรองว่า เป็นนิวหัวแม่มือขวาของ (นาย/นาง/นางสาว) จริง

(ลงชื่อ)

ผู้รับรอง (กรณีผู้รับเบี้ยยังชีพ พิมพ์ลายนิ้วมือ)

(.....)

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ : (นาย/นาง/นางสาว)

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....

ถนน..... ตรอก/ซอย..... หมู่ที่..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

หมายเหตุ เอกสารประกอบที่ต้องใช้ : 1. สำเนาบัตรประชาชน/บัตรประจำตัวคนพิการ (ต้องเป็นบัตรที่ยังไม่หมดอายุเท่านั้น)
2. สำเนาทะเบียนบ้าน 3. สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร (กรณีโอนเข้าบัญชี) อย่างละ 1 ฉบับ (พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง
ทุกฉบับด้วยตนเอง หากไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือหัวแม่มือขวาของตนเองแทน)