ทะเบียนเลขที่............../๒๕๖๔

**แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔**

**หมายเหตุ** ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย 🗸 ในช่อง □ หน้าข้อความที่ต้องการ

ผู้ยื่นคำขอฯ [ ] แจ้งด้วยตนเอง

[ ] ผู้ยื่นคำขอฯแทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น...................กับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ-สกุล................................เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ□-□□□□-□□□□□-□□-□

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

เขียนที่…………………………………………………..

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

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

เกิดวันที่....................เดือน..........................................พ.ศ. ..................... อายุ........................ปี สัญชาติ…….........ไทย.............มีชื่ออยู่ในสำทะเบียนบ้านเลขที่...............หมู่ที่............/ชุมชน.....................................ตรอก/ซอย.....................ถนน....................

ตำบล/แขวง..............หนองบัวบาน..............อำเภอ/เขต...........จัตุรัส..............จังหวัด.................ชัยภูมิ........................................

รหัสไปรษณีย์.........๓๖๑๓๐......โทรศัพท์..............................................................................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

ประเภทความพิการ □ ความพิการทางการมองเห็น □ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมหรือออทิสติก

 □ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย □ ความพิการทางสติปัญญา

 □ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย □ ความพิการทางการเรียนรู้

 □ พิการซ้ำซ้อน □ ไม่ระบุความพิการ

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

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

เกี่ยวข้องโดยเป็น □ บิดา-มารดา □ บุตร □ สามี-ภรรยา □ พี่น้อง □ อื่นๆ (ระบุ)............................................

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ □ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

 □ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ □ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

 □ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.................................................................

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 256๔ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

□ รับเงินสดด้วยตนเอง □ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

□ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ □ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

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

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

□ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

□ สำเนาทะเบียนบ้าน

□ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

□ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯแทน)

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

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

 ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

-2-

|  |  |
| --- | --- |
| **ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน**เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว................………………………………………………………………………………………..หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน□-□□□□-□□□□□-□□-□ □ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน □ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้..................................................................................................................................................................................................(ลงชื่อ).............................................................................. ( ) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน | **ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองบัวบาน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้□ สมควรรับลงทะเบียน □ ไม่สมควรรับลงทะเบียนกรรมการ (ลงชื่อ)............................................................. ( )ตำแหน่ง …………………………………………………………………..กรรมการ (ลงชื่อ)............................................................. ( )ตำแหน่ง …………………………………………………………………..กรรมการ (ลงชื่อ)............................................................. ( )ตำแหน่ง ………………………………………………………………….. |
| **คำสั่ง** □ รับลงทะเบียน □ ไม่รับลงทะเบียน □ อื่นๆ...................................................................................................(ลงชื่อ)......................................................... ( )นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองบัวบานวัน.............เดือน......................ปี............. |

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้ .

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

 การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.256๔ โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการตั้งแต่เดือน ถึง............................. ในอัตราเดือนละ 800 บาท ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน **กรณีคนพิการย้ายที่อยู่ไปอยู่ที่อื่นในระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 256๔ จะต้องไปยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนนั้นๆเพื่อรักษาสิทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนนั้นๆ**