

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้พิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอ ฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา - มารดา บุตร สามี - ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบ ฯ

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....

เลขประจำตัวประชาชน ---- ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๘

คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่นๆ(ระบุ).....

ชื่อ.....นามสกุล.....

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

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

ตำบล.....หนองบัวศาลา อำเภอ.....เมืองนครราชสีมา จังหวัด.....นครราชสีมา

รหัสไปรษณีย์.....๓๐๐๐๐.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ --- บัตรหมดอายุ.....

ประเภทความพิการ ความพิการทางการมองเห็น ความพิการทางสติปัญญา

ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้

ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางออกัสติก

ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

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

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่เมื่อ..... ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อื่นๆ(ระบุ)..... มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี ---

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

(.....)

(.....)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....)



องค์การบริหารส่วนตำบลหนองบัวศาลา

หากพบข้อสงสัยติดต่อสอบถามที่ กองสวัสดิการสังคม โทร. ๐ ๔๕๒๑ ๘๑๒๒ กต ๖

ให้ผู้ขอขึ้นทะเบียนส่งสำเนาสมุดบัญชีเงินฝาก ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขา นครราชสีมา ภายในเดือน สิงหาคม ๒๕๕๙

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว □ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน □ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลหนองบัวศาลา คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ □ สมควรรับลงทะเบียน □ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p>
<p>คำสั่ง □ รับลงทะเบียน □ ไม่รับลงทะเบียน □ อื่นๆ..... (ลงชื่อ)..... (นายจำเริญ เปล้ากระโทก) นายกองค้การบริหารส่วนตำบลหนองบัวศาลา วัน/เดือน/ปี.....</p>	

(ติดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....)

ชื่อ..... ชื่อสกุล..... หมู่ที่.....

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือน.....พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยจะได้เงินเบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๙ ถึง เดือนกันยายน ๒๕๖๐ ในอัตราเดือนละ ๘๐๐.- บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น (ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๕๘ ถึงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๙) จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่ว่าการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๙ ทั้งนี้เพื่อรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง