

ทะเบียนเลขที่.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

เฉพาะกรณีผู้พิการมีบุคคลอื่นมาช่วยเหลือดูแลอย่างเป็นธรรม : ผู้ช่วยคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวกับกิจกรรมที่ขอ
ขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา - มารดา บุตร สามี - ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ)

เลขประจำตัวประชาชน ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน พ.ศ.....

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

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

ทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่ที่/ชุมชน..... ตำบล/ซอย..... ถนน.....

ตำบลลง อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต รหัสไปรษณีย์ ๘๓๑๓๐ โทรศัพท์.....

หมายเลขอัตรประจำตัวประชาชนของผู้พิการที่ยื่นคำขอ - - - -

ประเภทความพิการ ความพิการทางการเห็น ความพิการทางสติปัญญา

ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้

ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางอุทิศสิทธิ

ความพิการทางการจิตใจหรือพฤติกรรม

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

รายได้ต่อเดือน..... บาท อาชีพ.....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้..... เกี่ยวข้องเป็น..... โทรศัพท์.....

ข้อมูลที่นำไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ ย้ายถูมิลำเนาเข้ามายังใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวผู้พิการ สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาบัตรประจำตัว (ถ้ามี)

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพำนัชพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีบุคคลและผู้รับมอบอำนาจ

สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคาร.....กรุงไทย....สาขา..... ชื่อบัญชี.....

บัญชีเลขที่ - - -

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่เป็นบุคคลที่อยู่ในอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการหากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย”

“ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

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

ผู้ช่วยคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขัดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ (นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ.)</p> <p>หมายเลขอปต.ประจำตัวประชาชน <input type="text"/> แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก.....</p> <p>(ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีตำบลlothlong คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็น ดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)</p>
--	---

<p><u>คำสั่ง</u></p> <p><input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ</p> <p>(ลงชื่อ) ว่าที่ร้อยเอก..... (อัครเศษ กิตติแก้ว) รองนายกเทศมนตรี ปฏิบัติราชการแทน นายกเทศมนตรีตำบลlothlong วัน/เดือน/ปี.....</p>

ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้พิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียน.....เก็บไว้.....

<p>ทะเบียนเลขที่.....</p> <p>ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....</p> <p>ข้าพเจ้า(นาย / นาง / นางสาว/ ด.ช./ ด.ญ.) ชื่อ..... สกุล.....</p> <p>เลขบัตรประชาชน <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพความพิการตั้งแต่เดือน..... พ.ศ. โดยให้คุณพิการที่มีอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ในวันที่ ๑ ของเดือน ในเดือนนั้น จะมีสิทธิ์ได้รับเงินเบี้ยความพิการ ๑,๐๐๐ บาท หากในวันที่ ๑ ของเดือน คนพิการมีอายุ ๑๕ ปีบริบูรณ์ หรือมากกว่าในเดือนนั้น จะมีสิทธิ์ได้รับเงินเบี้ยความพิการ ๘๐๐ บาท **กรณีคนพิการ <u>ย้าย ภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ณ ท้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่โดยทันที</u> ทั้งนี้ เพื่อเป็นการรักษาสิทธิ์ให้ต่อเนื่อง ** ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลlothlong หรือ โทร.๐๗๖ – ๓๔๓๗๗๕ ต่อ ๓๑ มือถือ ๐๘๕ – ๔๙๓๙๔๖ **</p>
--