ทะเบียนเลขที่............../25๖7

**แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 25๖7**

**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...........................มีชื่ออยู่ในสำเนา

ทะเบียนบ้านเลขที่......................หมู่ที่/ชุมชน...........................ตรอก/ซอย..............................ถนน................................

ตำบล/แขวง...............................อำเภอ/เขต...............................จังหวัด...........................รหัสไปรษณีย์...................................โทรศัพท์.......................................................

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

ประเภทความพิการ □ ความพิการทางการมองเห็น □ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมหรือออทิสติก

 □ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย □ ความพิการทางสติปัญญา

 □ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย □ ความพิการทางการเรียนรู้

 □ พิการซ้ำซ้อน □ ไม่ระบุความพิการ

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

รายได้ต่อเดือน..............................................บาท อาชีพ...................................................

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

เกี่ยวข้องโดยเป็น □ บิดา-มารดา □ บุตร □ สามี-ภรรยา □ พี่น้อง □ อื่นๆ.......................................

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ : □ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ □ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

 □ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

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

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 25๖7 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

□ รับเงินสดด้วยตนเอง □ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

□ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ □ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร....................................................................เลขที่บัญชี □□□-□-□□□□□-□

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

□ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ

□ 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 นายกเทศมนตรีตำบลกระจับ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้□ สมควรรับลงทะเบียน □ ไม่สมควรรับลงทะเบียนกรรมการ (ลงชื่อ)............................................................. (...........................................................)กรรมการ (ลงชื่อ)............................................................. (...........................................................)กรรมการ (ลงชื่อ)............................................................. (...........................................................) |
| **คำสั่ง** □ รับลงทะเบียน □ ไม่รับลงทะเบียน □ อื่นๆ...................................................................................................(ลงชื่อ).........................................................(นายมนัส ใจเจน) นายกเทศมนตรีตำบลกระจับวัน/เดือน/ปี............................................. |