

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

ข้อมูลคนพิการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นางนางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□ ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายก เทศมนตรี/อบต..... คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)
คำสั่ง ☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่นๆ..... (ลงชื่อ)..... นายก เทศมนตรี/นายกอบต..... วัน/เดือน/ปี.....	

.....
(ตัดตามรอยเส้นประให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.โดยจะได้รับ
เงินเบี้ยความพิการตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....ในอัตราเดือนละ 800 บาท ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน
กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองท้องถิ่น
แห่งใหม่โดยทันที ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง

ตัวอย่างการกรอกคำร้อง

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

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

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่...องค์การบริหารส่วนตำบลหนองระเวียง....

วันที่....3....เดือน....ตุลาคม.....พ.ศ...2564....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)ชื่อ....รักษาติ.....นามสกุล.....ยิ่งชีพ.....
เกิดวันที่.....1....เดือน.....มีนาคม.....พ.ศ.2510.....อายุ.....54.....ปี สัญชาติ.....ไทย.....มีชื่ออยู่ในสำเนา
ทะเบียนบ้านเลขที่.....100.....หมู่ที่.....1.....ชุมชน.....หนองใหญ่.....ตรอก/ซอย.....-.....
ถนน.....-.....ตำบล.....หนองระเวียง.....อำเภอ.....พิมาย.....จังหวัด.....นครราชสีมา.....
รหัสไปรษณีย์.....30110.....โทรศัพท์.....093-123-145-6789.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐-☐

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา
☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้
☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางออกัสติค
☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

รายได้ต่อเดือน.....5,000.....อาชีพ.....รับจ้าง.....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....น.ส.ราตรี....ยิ่งชีพ.....โทรศัพท์.....0619876543.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์
☐ ได้รับเงินเบี้ยความพิการ ☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล
พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ บัตรประจำตัวคนพิการ ☐ ทะเบียนบ้าน
☐ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ
☐ บัญชีเงินฝากธนาคาร.....กรุงเทพฯ.....สาขาพิมาย.....

บัญชีเลขที่.....123456789.....ชื่อบัญชี.....นายรักษาติ ยิ่งชีพ.....

☐ “ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย”

☐ “ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอม
ให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ).....รักษาติ ยิ่งชีพ.....

(ลงชื่อ).....

(.....นายรักษาติ ยิ่งชีพ.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

(ติดตามรอยเส้นประให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.โดยจะได้รับ
เงินเบี้ยความพิการตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....ในอัตราเดือนละ 800 บาท ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน
กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองท้องถิ่น
แห่งใหม่โดยทันที ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง