ทะเบียนเลขที่..................../2564

**แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564**

**เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน** : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ

ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ⃞ บิดา- มารดา ⃞ บุตร ⃞ สามี – ภรรยา ⃞ พี่น้อง ⃞ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ

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

เลขประจำตัวประชาชน ⃞ - ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ - ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ - ⃞ ⃞ - ⃞ ที่อยู่....................................................................

...............................................................................................................................................โทรศัพท์..........................................................

เขียนที่........................................................................

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

 คำนำหน้านาม ⃞ เด็กชาย ⃞ เด็กหญิง ⃞ นาย ⃞ นาง ⃞ นางสาว ⃞ อื่น ๆ (ระบุ)

ชื่อ........................................ .......................นามสกุล.........................................................เกิดวันที่.................เดือน...........................................พ.ศ. .................อายุ................ปี สัญชาติ..............มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่...................หมู่ที่....................ตรอก/ซอย.........................ถนน................................ตำบล/แขวง...........................อำเภอ/เขต...........................จังหวัด............................... รหัสไปรษณีย์...........................

โทรศัพท์...........................................................................

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการประชาขน ที่ยื่นคำขอ ⃞ - ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ - ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ - ⃞ ⃞ - ⃞

ประเภทคนพิการ ⃞ ความพิการทางการเห็น ⃞ ความพิการทางสติปัญญา

 ⃞ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ⃞ ความพิการทางการเรียนรู้

 ⃞ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ⃞ ความพิการทางออทิสติก

 ⃞ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส ⃞ โสด ⃞ สมรส ⃞ หม้าย ⃞ หย่าร้าง ⃞ แยกกันอยู่ ⃞ อื่น ๆ ……………………………………

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ⃞ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ⃞ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่

 เมื่อ........................................................

 ⃞ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ⃞ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ⃞ อื่น ๆ (ระบุ).....................................

 ⃞ มีอาชีพ (ระบุ)...................................................................... รายได้ต่อเดือน (ระบุ)........................................................ บาท

 ⃞ มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ..............................................................................................................................................

 **มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชัพความพิการ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)**

 ⃞ รับเงินสดด้วยตนเอง ⃞ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ์/ผู้ดูแล

 ⃞ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ์ ⃞ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ์/ผู้ดูแล

 ธนาคาร...................................................................เลขบัญชี ⃞ ⃞ ⃞ - ⃞ - ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ - ⃞

 **พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้**

 ⃞ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ⃞ สำเนาทะเบียนบ้าน

 ⃞ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้รับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินฝากธนาคาร)

 ⃞ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....................................................ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ)....................................................เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

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

**หมายเหตุ** ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย √ ในช่อง ⃞หน้าข้อความที่ต้องการ

-2-

|  |  |
| --- | --- |
| ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียนเรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ ด.ช/ด.ญ/ นาย / นาง / นางสาว /................................................................................................................หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ⃞ - ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ - ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ - ⃞ ⃞ - ⃞ แล้ว ⃞ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน  ⃞ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ............................................................................................………………………………………………………………………………..(ลงชื่อ)...........................................................................(. )เจ้าหน้าที่ผู้ที่รับลงทะเบียน | ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติเรียน นายก อบต.วะตะแบก คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมีความเห็นดังนี้ ⃞ สมควรรับลงทะเบียน ⃞ ไม่สมควรรับลงทะเบียนกรรมการ (ลงชื่อ).............................................................. ( )กรรมการ (ลงชื่อ)............................................................. ( )กรรมการ (ลงชื่อ)............................................................ ( ) |
| คำสั่ง ⃞ รับลงทะเบียน ⃞ ไม่รับลงทะเบียน ⃞ อื่น ๆ .............................................................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  (ลงชื่อ) .................................................................... ( นายไพรวัลย์ แทนทรัพย์ )  นายกองค์การบริหารส่วนตำบลวะตะแบก วันที่ / เดือน / ปี ............................................................ |