

แบบแสดงความจำนงรับเงินเบี้ยความพิการ

ทะเบียนเลขที่.....

ผู้ยื่นคำขอ () แจ้งด้วยตนเอง

() ผู้ยื่นคำขอแทน ชื่อ.....สกุล.....เกี่ยวข้องกับ.....

กับคนพิการที่แสดงความจำนงรับเงินเบี้ยความพิการ ที่อยู่ติดต่อได้ เลขที่.....ซอย.....

ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์ บ้าน.....มือถือ.....

เลขประจำตัวบัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

เขียนที่.....สำนักงานเขตปทุมวัน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....ปทุมวัน.....จังหวัด.....กทม.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....ที่พักอาศัยปัจจุบันติดต่อได้ เลขที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....ปทุมวัน.....

จังหวัด.....กทม.....รหัสไปรษณีย์.....๑๐๓๓๐.....โทรศัพท์.....

บัตรประจำตัวคนพิการเลขที่ □-□□□□□-□□□□□□-□□-□

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ งบประมาณประจำปี พ.ศ..... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือกได้ ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง

รับเงินสดโดยบุคคลที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ

เข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามตนเอง

โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ

ธนาคาร.....ชื่อบัญชี.....เลขบัญชี.....

พร้อมแนบเอกสารดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ และ สำเนาทะเบียนบ้านในเขตกรุงเทพมหานคร พร้อมรับรองความถูกต้อง

หนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

พร้อมรับรองความถูกต้อง (ในกรณีผู้ดูแลคนพิการเป็นผู้ยื่น)

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการขอรับเงินผ่านธนาคาร)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้รับคำ

(.....)

(.....)

หมายเหตุ “ผู้ดูแลคนพิการ” หมายความว่า บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา ญาติ พี่น้อง ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์
ผู้อนุบาลหรือบุคคลอื่นใด ที่รับดูแล หรืออุปการะคนพิการ

ความเห็นข้าราชการส่วนท้องถิ่นผู้รับแบบคำขอ

เรียน ผู้อำนวยการเขตปทุมวัน

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ □-□□□□-□□□□□-□□-□

เป็นผู้มีความสมบัตินี้ครบถ้วน

เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติดังนี้.....

.....

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

(.....)

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน ผู้อำนวยการเขตปทุมวัน

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

สมควรรับขึ้นทะเบียน

ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

(.....)

คำสั่ง

รับขึ้นทะเบียน

ไม่รับขึ้นทะเบียน

อื่นๆ

(ลงชื่อ)

.....

วัน/เดือน/ปี