

แบบแสดงความจำนงรับเงินเบี้ยความพิการ

ทะเบียนเลขที่...../ร.ร.ร.

ผู้ยื่นคำขอ () แจ้งด้วยตนเอง

() ผู้ยื่นคำขอแทน เกี่ยวข้องเป็น.....กันคนพิการที่แสดงความจำนงฯ

ชื่อ - สกุล ผู้ยื่นคำขอ.....

เลขประจำตัวบัตรประชาชน - - - -

ที่อยู่.....

..... โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ด้วย (นาย/นาง/นางสาว/ค.ช./ค.ญ.) ชื่อ.....นามสกุล.....

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

บ้านเลขที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ซึ่งมีหมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการหมายเลข - - - -

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ 2557 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

เข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามตนเอง โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ
พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ และสำเนาทะเบียนบ้านในเขตกรุงเทพมหานคร พร้อมรับรองความถูกต้อง

หนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ
พร้อมรับรองความถูกต้อง (ในกรณีผู้ดูแลคนพิการเป็นผู้ยื่น)

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการขอรับเงินผ่านธนาคาร)

ขอแทน.....(ในกรณีผู้ดูแลเป็นผู้ยื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับแบบคำขอ

(.....)

(.....)

หมายเหตุ "ผู้ดูแลคนพิการ" หมายความว่า บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา ญาติ พี่น้อง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล
หรือบุคคลอื่นใด ที่รับดูแลหรืออุปการะคนพิการ

ความเห็นข้าราชการส่วนท้องถิ่นผู้รับแบบคำขอ

เรียน ผู้อำนวยการเขต.....

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ค.ช /ค.ญ./.....หมายเลขบัตร

ประจำตัวคนพิการ - - - -

เป็นผู้มีความสมบัตินครบถ้วน

เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

.....

(ลงชื่อ)ข้าราชการส่วนท้องถิ่นผู้รับแบบคำขอ

(.....)

คำสั่ง ผู้อำนวยการเขต.....

เห็นชอบ

ไม่เห็นชอบ

อื่น ๆ

(ลงชื่อ).....

ผู้อำนวยการเขต.....

วัน/เดือน/ปี.....