

แบบแสดงความจำนงรับเงินเบี้ยความพิการ

ทะเบียนเลขที่...../.....

ผู้ยื่นคำขอ () แจ้งด้วยตนเอง

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

กับคนพิการที่แสดงความจำนงรับเงินเบี้ยความพิการ ที่อยู่ที่ติดต่อได้ เลขที่.....ซอย.....

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

โทรศัพท์ บ้าน.....มือถือ.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....ถนน/ตรอก/ซอย

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....ที่พักอาศัยปัจจุบันที่ติดต่อได้ เลขที่.....ถนน/ตรอก/ซอย

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการเลขที่ □-□□□□-□□□□□-□□-□

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

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามตนเอง โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ

พร้อมแนบเอกสารดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ และ สำเนาทะเบียนบ้านในเขตกรุงเทพมหานคร พร้อมรับรองความถูกต้อง

หนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจพร้อมรับรองความถูกต้อง (ในกรณีผู้ดูแลคนพิการเป็นผู้ยื่น)

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการขอรับเงินผ่านธนาคาร)

ขอแทน.....(ในกรณีผู้ดูแลเป็นผู้ยื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ).....ผู้ดูแล (ยื่นคำขอแทน)

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

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้รับคำขอ

(.....)

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

ความเห็นข้าราชการส่วนท้องถิ่นผู้รับแบบคำขอ

เรียนผู้อำนวยการเขต.....

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

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

เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน

เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติดังนี้.....

.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ).....หัวหน้าฝ่ายพัฒนาชุมชนฯ หรือ

(.....) ผู้ได้รับมอบหมาย

คำสั่งผู้อำนวยการเขต.....

เห็นชอบ

ไม่เห็นชอบ

อื่นๆ.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....