

แบบแสดงความจำนงรับเงินเบี่ยความพิการ

ทะเบียนเลขที่...../.....

ผู้ยื่นคำขอ () แจ้งด้วยตนเอง

() ผู้ยื่นคำขอแทน ชื่อ.....สกุล.....เกี่ยวข้องเป็น.....

กับคนพิการที่แสดงความจำนงรับเงินเบี่ยความพิการ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....ซอย.....

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

โทรศัพท์ บ้าน.....มือถือ.....

เลขประจำตัวบัตรประชาชน - - - -

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....ซอย.....

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

โทรศัพท์.....ที่พักอาศัยปัจจุบันติดต่อได้เลขที่.....ซอย.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

บัตรประจำตัวคนพิการเลขที่ - - - -

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

 รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามตนเอง โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

 สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ และสำเนาทะเบียนบ้านในเขตกรุงเทพมหานคร พร้อมรับรองสำเนาความถูกต้อง หนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ
พร้อมรับรองความถูกต้อง (ในกรณีผู้ดูแลคนพิการเป็นผู้ยื่น) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี่ยความพิการขอรับเงินผ่านธนาคาร)

ขอแทน.....(ในกรณีผู้ดูแลเป็นผู้ยื่นคำขอรับเงินเบี่ยความพิการแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ดูแล (ยื่นคำขอแทน)

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้รับคำขอ

(.....)

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

ความเห็นข้าราชการส่วนท้องถิ่นผู้รับคำขอ

เรียน ผู้อำนวยการเขต.....

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

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ - - - -

เป็นผู้มีความสมบัตินครถ่วน

เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ
(.....)

ลงชื่อ.....หัวหน้าฝ่ายพัฒนาชุมชนฯ หรือ
ผู้ที่ได้รับมอบหมาย
(.....)

คำสั่ง ผู้อำนวยการเขต.....

เห็นชอบ

ไม่เห็นชอบ

อื่นๆ.....

(ลงชื่อ).....
(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

.....

ฉีกตามรอยปรุ

บัตรรับรองการลงทะเบียนคนพิการ

วันที่.....เดือน.....ปี.....

ชื่อ.....นามสกุล.....บ้านเลขที่.....

ซอย.....ถนน.....แขวง.....เขตคันนายาว กรุงเทพมหานคร

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ - - - -

การลงทะเบียนครั้งนี้ หากท่านมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ ท่านจะมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไปหลังจากเดือนที่ท่านลงทะเบียน เพื่อสิทธิประโยชน์ของท่าน หากมีการย้ายทะเบียนบ้านไปเขตอื่น หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น หรือมีการเปลี่ยนแปลงอื่นใด ต้องแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบโดยด่วน

ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตคันนายาว โทร.๐ ๒๓๗๙ ๙๙๕๖ โทรสาร ๐ ๒๓๗๙ ๙๙๕๗

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่น
(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่
(.....)

การจัดเก็บข้อมูลคนพิการ

ลำดับที่

1. ศาสนา

- พุทธ คริสต์ อิสลาม

2. การศึกษา

- ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปวช./ปวส. ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี

3. สถานภาพสมรส

- โสด สมรส หม้าย แยกกันอยู่ หย่า

4. อาชีพปัจจุบัน

- รับจ้าง ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว เกษตรกร/ประมง ไม่ได้ประกอบอาชีพ

5. รายได้ครอบครัวต่อเดือน

- ต่ำกว่า 5,000 บาท 5,000 – 10,000 บาท 10,001 – 15,000 บาท 15,001 – 20,000 บาท มากกว่า 20,000 บาท

6. แหล่งรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- จากอาชีพของตัวเอง จากญาติ/พี่น้อง จากเงินสะสม

- จากบุตรหลาน จากเบี้ยยังชีพ

- อื่นๆ ระบุ

7. ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับ

- คู่สมรส บุตรหลาน อยู่คนเดียว อยู่กับญาติ/พี่น้อง อื่นๆ ระบุ

8. สมาชิกในบ้าน

- 2 – 3 คน 4 – 6 คน มากกว่า 6 คน

9. ความเป็นเจ้าของที่พักอาศัย

- บ้านเช่า บ้านเช่าซื้อ (เช่า) บ้านของตนเอง อาศัยญาติ อาศัยบุตร

10. โรคประจำตัว

- ไม่มีโรคประจำตัว ไ้หมันในเลือดสูง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ เกาต์ อื่นๆ ระบุ

11. ประเภทความพิการ

- แต่กำเนิด อุบัติเหตุ เจ็บป่วย อื่นๆ ระบุ

12. จำนวนผู้ดูแลคนพิการ

- 1 คน 2 คน 3 คน 4 คน มากกว่า 4 คน

13. สิทธิในการรักษาพยาบาล

- บัตรประกันสังคม บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใช้สิทธิข้าราชการของบุตรหรือคู่สมรส ใช้ประกันของเอกชน อื่นๆ ระบุ

14. การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน

- พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัดหรือทุพพลภาพ

15. การได้รับบริการทางการแพทย์

- เป็นประจำ เป็นบางครั้ง ไม่เคยรับบริการ

16. การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

- ทุกครั้ง บางครั้ง ไม่เข้าร่วมกิจกรรม

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....ปี.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/น.ส./ต.ช./ต.ญ.)..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประชาชน
 เลขที่..... ออกให้ ณ เมื่อวันที่..... บ้านเลขที่.....
 ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
 เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... เบอร์โทร.....

ขอมอบอำนาจให้ (นาย/นาง/น.ส.)..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประชาชน
 เลขที่..... ออกให้ ณ เมื่อวันที่..... บ้านเลขที่.....
 หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
 เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... เบอร์โทร.....

- เป็นผู้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ
 เป็นผู้รับเงินเบี้ยความพิการโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ
 เป็นผู้รับเงินเบี้ยความพิการโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่เป็นผู้รับมอบอำนาจ
 อื่น ๆ (โปรดระบุ.....)

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจ ได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่า
 ข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

