

แบบแสดงความจำนงรับเงินเบี้ยความพิการ

สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ	
<input type="checkbox"/> ไม่เคยรับเบี้ยความพิการ	<input type="checkbox"/> ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
<input type="checkbox"/> เคยรับเบี้ยความพิการจาก.....	

ทะเบียนเลขที่...../...../.....

ผู้ยื่นคำขอ [] แจ้งด้วยตนเอง

[] ผู้ยื่นคำขอแทน ชื่อ..... สกุล..... เกี่ยวข้องเป็น.....

กับคนพิการที่แสดงความจำนงรับเงินเบี้ยความพิการ ที่อยู่ติดต่อกันได้ เลขที่..... ซอย.....

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

เลขประจำตัวบัตรประชาชน ---- โทรศัพท์.....

เขียนที่.....สำนักงานเขตจตุจักร.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

บัตรประจำตัวประชาชนคนพิการเลขที่ ----

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

แขวง.....เขต.....จตุจักร.....จังหวัด.....กรุงเทพมหานคร.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....ประเภทความพิการ.....

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ โทรศัพท์..... เกี่ยวข้องเป็น.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ..... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแลคนพิการตามกฎหมาย

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมรับรองความถูกต้อง
- สำเนาทะเบียนบ้านในพื้นที่เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร พร้อมรับรองความถูกต้อง
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารบัญชีเลขที่.....
ชื่อบัญชี.....
- หนังสือมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯแทน) พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ พร้อมรับรองความถูกต้อง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
(.....) (คนพิการ)

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
(.....) (ผู้ดูแลหรือผู้รับมอบอำนาจ)

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

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

หลักเกณฑ์ผู้มีสิทธิขอรับเบี้ยความพิการ

1. มีสัญชาติไทย และมีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านในพื้นที่เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร
2. มีบัตรประจำตัวคนพิการ (ที่ไม่หมดอายุ)
3. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ
4. ในกรณีคนพิการซึ่งได้รับเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนึ่งหรือกรุงเทพมหานคร และย้ายภูมิลำเนาไปอยู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นหรือเขตอื่นให้คนพิการนั้นยื่นแจ้งความจำนงรับเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือเขตแห่งใหม่ และให้ได้รับเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป ทั้งนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ต้องได้รับการยืนยันจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมที่จ่ายเงินเบี้ยความพิการเพื่อไม่ให้เกิดการรับเงินซ้ำซ้อน

ทั้งนี้ หากสำนักงานเขตจตุจักร ตรวจสอบพบว่าคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน**ขาดคุณสมบัติ**ข้อใดข้อหนึ่งข้างต้น หรือ**เสียชีวิต** หรือ**ย้ายภูมิลำเนา** โดยมิได้แจ้งให้ฝ่ายพัฒนาชุมชนฯ ทราบภายใน 15 วัน หรือมีการรับเงินซ้ำซ้อนกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นหรือเขตอื่น ข้าพเจ้ายินยอมให้สำนักงานเขตจตุจักร ระงับการจ่ายเงินเบี้ยความพิการทันที และยินยอมส่งคืนเงินให้กับสำนักงานเขตจตุจักรตามจำนวนที่คนพิการรับไว้เกินสิทธิ ภายใน 30 วัน

ลงชื่อผู้ยื่นคำขอ
(.....)

(คนพิการหรือผู้รับมอบอำนาจ)

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ความเห็นข้าราชการผู้รับแบบคำขอ

เรียน ผู้อำนวยการเขตจตุจักร
ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของคนพิการราย

หมายเลขบัตรประจำตัว

เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน

เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ
(.....)

ความเห็นเจ้าหน้าที่

เห็นควรดำเนินการได้ตามที่ร้องขอ

ไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจาก

ลงชื่อ หัวหน้าฝ่ายพัฒนาชุมชนฯ
หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย
(.....)

คำสั่ง ผู้อำนวยการเขตจตุจักร

เห็นชอบ

ไม่เห็นชอบ

อื่นๆ

ลงชื่อ
(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.....