

แบบแสดงความจำนงรับเงินเบี่ยความพิการ

ทะเบียนเลขที่...../.....

ผู้ยื่นคำขอ ( ) แจ้งด้วยตนเอง

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

กับคนพิการที่แสดงความจำนงรับเงินเบี่ยความพิการ ที่อยู่ติดต่อได้ เลขที่.....ซอย.....

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

โทรศัพท์ บ้าน.....มือถือ.....

เลขประจำตัวบัตรประชาชน  -  -  -  -

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่.....

ซอย.....ตำบล / แขวง .....อำเภอ / เขต .....ทวีพัฒนา จังหวัด .....กรุงเทพฯ

รหัสไปรษณีย์.....๑๐๑๗๐ โทรศัพท์.....ที่พักอาศัยปัจจุบันติดต่อได้ เลขที่.....หมู่.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

บัตรประจำตัวคนพิการเลขที่  -  -  -  -

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี่ยความพิการ งบประมาณประจำปี พ.ศ..... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือกได้ 1 วิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง
- รับเงินสดโดยบุคคลที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามตนเอง
- โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ

พร้อมเอกสารแนบดังนี้

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

ขอแทน.....(ในกรณีผู้ดูแลเป็นผู้ยื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้รับคำขอ  
(.....)

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

ความเห็นข้าราชการส่วนท้องถิ่นผู้รับแบบคำขอ

เรียน ผู้อำนวยการเขตทวีวัฒนา

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

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ  -  -  -  -

เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน

เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) .....เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ) .....หัวหน้าฝ่ายพัฒนาชุมชนฯหรือ  
ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

(.....)

คำสั่ง ผู้อำนวยการเขตทวีวัฒนา

เห็นชอบ

ไม่เห็นชอบ

อื่น ๆ .....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

# หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....  
เลขที่.....ออกให้ ณ .....เมื่อวันที่.....  
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....  
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....  
เลขที่.....ออกให้ ณ .....เมื่อวันที่.....  
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....  
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจเปลี่ยนแปลงการใช้สิทธิการรับเงินสวัสดิการเบี้ยความพิการแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

เป็นผู้มีอำนาจรับเงินสวัสดิการเบี้ยความพิการแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)