

แบบแสดงความจำนงรับเงินเบี้ยความพิการ

ทะเบียนเลขที่...../.....

ผู้ยื่นคำขอฯ [] แจ้งด้วยตนเอง

[] ผู้ยื่นคำขอแทน ชื่อ.....สกุล.....เกี่ยวข้องกับ.....

กับคนพิการที่แสดงความจำนงรับเงินเบี้ยความพิการ ที่อยู่ติดต่อได้ เลขที่.....ชอย.....

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

โทรศัพท์ บ้าน.....มือถือ.....

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□□□

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

เลขประจำตัวประชาชนเลขที่.....ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....

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

โทรศัพท์.....ที่พักอาศัยปัจจุบันติดต่อได้ เลขที่.....ตำบล/แขวง.....

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

บัตรประจำตัวคนพิการเลขที่ มีชื่ออยู่ในทะเบียนเลขที่ □-□□□□-□□□□□-□□□□

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

- รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามตนเอง โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ
- พร้อมแนบเอกสารดังนี้
- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ และสำเนาทะเบียนบ้านในเขตกรุงเทพมหานคร หรือรับรองความถูกต้อง
- หนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ พร้อมรับรองความถูกต้อง (ในกรณีผู้ดูแลคนพิการเป็นผู้ยื่น)
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการขอรับเงินผ่านธนาคาร)

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 ผู้อำนวยการเขต.....

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

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

เป็นผู้คุณสมบัติครบถ้วน

เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ)เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ)หัวหน้าฝ่ายพัฒนาชุมชนฯหรือ

ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

(.....)

คำสั่ง ผู้อำนวยการเขต.....

เห็นชอบ

ไม่เห็นชอบ

อื่น ๆ

(ลงชื่อ)

วัน/เดือน/ปี