

แบบแสดงความจำนงรับเงินเบี้ยความพิการ

ทะเบียนเลขที่

ผู้ยื่นคำขอ () แจ้งด้วยตนเอง

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

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

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

โทรศัพท์ บ้าน..... มือถือ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□-□□□

เขียนที่

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

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

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

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

ตำบล/แขวง..... บางบอน..... อำเภอ/เขต..... บางบอน..... จังหวัด..... กรุงเทพมหานคร..... รหัสไปรษณีย์..... ๑๐๑๕๐

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

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

บัตรประจำตัวผู้พิการ □-□□□□-□□□□□□-□-□□□

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

 รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามตนเอง โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

 สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ และ สำเนาทะเบียนบ้านในเขตกรุงเทพมหานคร พร้อมรับรองความถูกต้อง หนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ พร้อมรับรองความถูกต้อง (ในกรณีผู้ดูแลคนพิการเป็นผู้ยื่น) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการขอรับเงินผ่านธนาคาร)

ขอแทน.....(ในกรณีผู้ดูแลเป็นผู้ยื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(ลงชื่อ).....ผู้ดูแล (ยื่นคำขอแทน)

.....

.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้รับคำขอ

.....

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

ผู้อนุบาลหรือบุคคลอื่นใด ที่รับดูแล หรืออุปการะคนพิการ

