

แบบแสดงความจำนงรับเงินเบี้ยความพิการ

เลขที่เอกสาร

ทะเบียนเลขที่...../.....

ผู้ยื่นคำขอ () แจ้งด้วยตนเอง
 () ยื่นคำขอแทน ชื่อ..... สกุล..... เกี่ยวข้องเป็น.....
 กับคนพิการที่แสดงความจำนงรับเงินเบี้ยความพิการ ที่อยู่ที่ติดต่อดี เลขที่..... ซอย.....
 ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
 โทรศัพท์บ้าน..... มือถือ.....
 หมายเลขประจำตัวประชาชน ---

เขียนที่ สำนักงานเขตบางพลัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

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

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

ที่พักอาศัยปัจจุบันติดต่อดี เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

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

โทรศัพท์.....

บัตรประจำตัวคนพิการเลขที่ ---

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

- ยังไม่เคยได้รับเงินเบี้ยความพิการ
- เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ที่ใหม่ เมื่อวันที่.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง
- รับเงินสดโดยบุคคลที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามตัวเอง
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวผู้พิการ และ สำเนาทะเบียนในเขตกรุงเทพมหานคร พร้อมรับรองความถูกต้อง
- หนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ พร้อมรับรองความถูกต้อง (ในกรณี ผู้ดูแลคนพิการเป็นผู้ยื่น)
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร(ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการขอรับเงินผ่านธนาคาร)

ขอแทน.....(ในกรณีผู้ดูแลเป็นผู้ยื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

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

หมายเหตุ : "ผู้ดูแลคนพิการ" หมายความว่า บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา ญาติ พี่น้อง หรือบุคคลอื่นใดที่ได้รับดูแลหรืออุปการะคนพิการที่ระบุไว้ในสมุดผู้พิการหรือบัตรประจำตัวผู้พิการ

ความเห็นข้าราชการส่วนท้องถิ่นผู้รับแบบคำขอ

เรียน ผู้อำนวยการเขตบางพลัด

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ ---

เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน

เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

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

(ลงชื่อ).....หัวหน้าฝ่ายพัฒนาชุมชนฯ
(.....)หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

คำสั่ง ผู้อำนวยการเขตบางพลัด

เห็นชอบ

ไม่เห็นชอบ

อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....
(.....)