แบบแสดงความจำนงรับเงินเบี้ยความพิการ

ทะเบียนเลขที่...../2552

ผู้ยื่นคำขอ ( ) แจ้งด้วยตนเอง

( ) ผู้ยื่นคำขอแทน เกี่ยวข้องเป็น.....กันคนพิการที่แสดงความจำนง

ชื่อ – สกุล ผู้ยื่นคำขอ.....

เลขประจำตัวบัตรประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. .....

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

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

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ซึ่งมีหมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการหมายเลข ☐ - ☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐-☐

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ 2553 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ

☐ เข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามตนเอง ☐ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ และสำเนาทะเบียนบ้านในเขตกรุงเทพมหานคร พร้อมรับรองความถูกต้อง

☐ สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดูแลคนพิการ พร้อมรับรองความถูกต้อง (ในกรณีผู้ดูแลคนพิการเป็นผู้ยื่น)

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการขอรับเงินผ่านธนาคาร)

ขอแทน.....(ในกรณีผู้ดูแลเป็นผู้ยื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

(.....) (.....)

หมายเหตุ "ผู้ดูแลคนพิการ" หมายความว่า บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา ญาติ พี่น้อง หรือบุคคลอื่นใด ที่รับดูแลหรืออุปการะคนพิการ

ความเห็นข้าราชการส่วนท้องถิ่นผู้รับแบบคำขอ

เรียน ผู้อำนวยการเขต.....

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ./.....หมายเลขบัตร

ประจำตัวคนพิการ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐-☐

☐ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน

☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

.....

(ลงชื่อ) .....ข้าราชการส่วนท้องถิ่นผู้รับแบบคำขอ

(.....)

คำสั่ง ผู้อำนวยการเขต.....

☐ เห็นชอบ

☐ ไม่เห็นชอบ

☐ อื่น ๆ .....

(ลงชื่อ).....

ผู้อำนวยการเขต.....

วัน/เดือน/ปี.....