

แบบแสดงความจำนงรับเงินเบี้ยความพิการ รุ่นที่ ประจำปี ๒๕๕.....

ทะเบียนเลขที่...../ ๒๕๕.....

ผู้ยื่นคำขอ () แจ้งด้วยตนเอง

() ผู้ยื่นคำขอแทน เกี่ยวข้องเป็น.....กับคนพิการที่แสดงความจำนง

ชื่อ - สกุล ผู้ยื่นคำขอ.....

เลขประจำตัวบัตรประชาชน

ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

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

บ้านเลขที่..... ซอย ถนน..... แขวงสามเสนใน เขตพญาไท

จังหวัดกรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ ๑๐๔๐๐ โทรศัพท์.....

ซึ่งมีหมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ

มีความประสงค์ขอรับเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕..... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

เข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามตนเอง โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ

พร้อมแนบเอกสารดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ และสำเนาบัตรทะเบียนบ้านในเขตกรุงเทพมหานคร พร้อมรับรองความถูกต้อง

หนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ พร้อมรับรองความถูกต้อง (ในกรณีผู้ดูแลคนพิการเป็นผู้ยื่น)

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทย (เท่านั้น)

ขอแทน.....(ในกรณีผู้ดูแลเป็นผู้ยื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับแบบคำขอ

(.....)

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