

แบบแสดงความจำนงรับเงินเบี้ยความพิการ

ทะเบียนเลขที่...../.....

ผู้ยื่นคำขอ () แจ้งด้วยตนเอง

() ผู้ยื่นคำขอแทน ชื่อ.....สกุล.....เกี่ยวข้องกับ.....

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

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

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

เลขประจำตัวบัตรประชาชน - - - -

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....

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

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

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

บัตรประจำตัวคนพิการเลขที่ - - - -

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

รับเงินสดด้วยตนเอง

รับเงินสดโดยบุคคลที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามตนเอง

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ และ สำเนาทะเบียนบ้านในเขตกรุงเทพมหานคร พร้อมรับรองความถูกต้อง

หนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

พร้อมรับรองความถูกต้อง (ในกรณีผู้ดูแลคนพิการเป็นผู้ยื่น)

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการขอรับเงินผ่านธนาคาร)

ขอแทน.....(ในกรณีผู้ดูแลเป็นผู้ยื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(ลงชื่อ).....ผู้ดูแล(ยื่นคำขอแทน)

(.....)

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้รับคำขอ

หมายเหตุ “ผู้ดูแลคนพิการ” หมายความว่า บิดา มารดา บุตร สามी ภรรยา ญาติ พี่น้อง ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ผู้อนุบาลหรือบุคคลอื่นใด ที่รับดูแล หรืออุปการะคนพิการ