

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

ทะเบียนเลขที่...../.....

ผู้ยื่นคำขอ () แจ้งด้วยตนเอง

() ผู้ยื่นคำขอแทนเกี่ยวข้องกับ.....กับคนพิการที่แสดงความจำนง

ชื่อ-สกุล ผู้ยื่นคำขอ.....

เลขประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ด้วย (นาย/นาง/นางสาว/ค.ช./ค.ญ.).....นามสกุล.....

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

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

ซึ่งมีหมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการหมายเลข.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ 2557 โดยวิธีดังนี้ (เลือก 1 วิธี)

() รับเงินสดด้วยตนเอง

() รับเงินสดโดยบุคคลที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ

() เข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามตนเอง

() โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

() สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ และสำเนาทะเบียนบ้านในเขตกรุงเทพมหานคร พร้อมรับรองความถูกต้อง

() หนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

พร้อมรับรองความถูกต้อง (ในกรณีผู้ดูแลคนพิการเป็นผู้ยื่น)

() สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการขอรับเงินผ่านธนาคาร)

ขอแทน.....(ในกรณีผู้ดูแลเป็นผู้ยื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับแบบ

คำขอ

(.....)

(.....)

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

ความเห็นข้าราชการส่วนท้องถิ่นผู้รับแบบคำขอ

เรียน ผู้อำนวยการเขต.....

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ค.ช./ค.ญ./.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ.....

- () เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน
- () เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ).....ข้าราชการส่วนท้องถิ่นผู้รับแบบคำขอ
(.....)

คำสั่ง ผู้อำนวยการเขต.....

- () เห็นชอบ
- () ไม่เห็นชอบ
- () อื่นๆ.....

(ลงชื่อ).....

ผู้อำนวยการเขต.....

วัน/เดือน/ปี.....