

แบบแสดงความจำนงรับเงินเบี้ยความพิการ

ทะเบียนเลขที่.....

ผู้ยื่นคำขอ ( ) แจ้งด้วยตนเอง  
( ) ผู้ยื่นคำขอแทน เกี่ยวข้องเป็น.....กับคนพิการที่แสดงความจำนงฯ

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□□-□□□□□□-□□-□

ที่อยู่ .....

โทรศัพท์ .....

เขียนที่ สำนักงานเขตวังทองหลาง  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ด้วย(นาย/นาง/นางสาว/ต.ช./ต.ญ.) ชื่อ.....นามสกุล.....  
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เพศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....ไทย.....  
บ้านเลขที่.....ซอย.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....วังทองหลาง  
จังหวัด.....กรุงเทพมหานคร.....รหัสไปรษณีย์.....10310.....โทรศัพท์.....

ซึ่งมีหมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ □-□□□□□□-□□□□□□□□-□□□-□

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ 2559 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ
- เข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามตนเอง  โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการและสำเนาทะเบียนบ้านในเขตกรุงเทพมหานคร พร้อมรับรองความถูกต้อง
- หนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ พร้อมรับรองความถูกต้อง (ในกรณีผู้ดูแลคนพิการเป็นผู้ยื่น)
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอเงินเบี้ยความพิการขอรับเงินผ่านธนาคาร)

ขอแทน ..... (ในกรณีผู้ดูแลเป็นผู้ยื่นฯแทน)  
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

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

หมายเหตุ “ผู้ดูแลคนพิการ” หมายความว่า บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา ญาติ พี่น้อง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือบุคคลอื่นใด ที่รับแทนหรืออุปการะคนพิการ