ทะเบียนเลขที่..................../2564

**แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564**

**เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน** : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ

ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ⃞ บิดา- มารดา ⃞ บุตร ⃞ สามี – ภรรยา ⃞ พี่น้อง ⃞ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ

ชื่อ – สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ) .............................................................................................................................................

เลขประจำตัวประชาชน ⃞ - ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ - ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ - ⃞ ⃞ - ⃞ ที่อยู่....................................................................

...............................................................................................................................................โทรศัพท์..........................................................

เขียนที่........................................................................

วันที่.................เดือน.............................................. พ.ศ. ...................

 คำนำหน้านาม ⃞ เด็กชาย ⃞ เด็กหญิง ⃞ นาย ⃞ นาง ⃞ นางสาว ⃞ อื่น ๆ (ระบุ)

ชื่อ........................................ .......................นามสกุล.........................................................เกิดวันที่.................เดือน...........................................พ.ศ. .................อายุ................ปี สัญชาติ..............มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่...................หมู่ที่....................ตรอก/ซอย...........-..............ถนน................................ตำบล...ห้วยแก้ว....อำเภอ...แม่ออน..........จังหวัด..เชียงใหม่.. รหัสไปรษณีย์....50130..........

โทรศัพท์...........................................................................

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการประชาขน ที่ยื่นคำขอ ⃞ - ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ - ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ - ⃞ ⃞ - ⃞

ประเภทคนพิการ ⃞ ความพิการทางการเห็น ⃞ ความพิการทางสติปัญญา

 ⃞ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ⃞ ความพิการทางการเรียนรู้

 ⃞ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ⃞ ความพิการทางออทิสติก

 ⃞ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส ⃞ โสด ⃞ สมรส ⃞ หม้าย ⃞ หย่าร้าง ⃞ แยกกันอยู่ ⃞ อื่น ๆ ……………………………………

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.................................................................................โทรศัพท์........................................................

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ⃞ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ⃞ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่

 เมื่อ........................................................

 ⃞ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ⃞ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ⃞ อื่น ๆ (ระบุ).....................................

 ⃞ มีอาชีพ (ระบุ)...................................................................... รายได้ต่อเดือน (ระบุ)........................................................ บาท

 ⃞ มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ..............................................................................................................................................

 **มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชัพความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)**

 ⃞ รับเงินสดด้วยตนเอง ⃞ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ์/ผู้ดูแล

 ⃞ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ์ ⃞ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ์/ผู้ดูแล

 ธนาคาร...................................................................เลขบัญชี ⃞ ⃞ ⃞ - ⃞ - ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ - ⃞

 **พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้**

 ⃞ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ⃞ สำเนาทะเบียนบ้าน

 ⃞ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้รับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินฝากธนาคาร)

 ⃞ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....................................................ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ)....................................................เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

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

**หมายเหตุ** ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย √ ในช่อง ⃞หน้าข้อความที่ต้องการ

-2-

|  |  |
| --- | --- |
| ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียนเรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ ด.ช/ด.ญ/ นาย / นาง/นางสาว/................................................................................................................หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ⃞ - ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ - ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ - ⃞ ⃞ - ⃞ แล้ว ⃞ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน  ⃞ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ............................................................................................………………………………………………………………………………..(ลงชื่อ)...........................................................................(............................................................)เจ้าหน้าที่ผู้ที่รับลงทะเบียน | ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติเรียน นายก อบต.ห้วยแก้ว คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมีความเห็นดังนี้ ⃞ สมควรรับลงทะเบียน ⃞ ไม่สมควรรับลงทะเบียนกรรมการ (ลงชื่อ).............................................................. ( )กรรมการ (ลงชื่อ)............................................................. ( )กรรมการ (ลงชื่อ)............................................................ (.............................................) |
| คำสั่ง ⃞ รับลงทะเบียน ⃞ ไม่รับลงทะเบียน ⃞ อื่น ๆ .............................................................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  (ลงชื่อ) .................................................................... (......นายอาคม สมณะ.........) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยแก้ว วันที่ / เดือน / ปี ............................................................ |

ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ ....................... เดือน ........................................... พ.ศ. ...........................

 การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการโดยจะได้รับเงินเบี้ยคนพิการตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน โดยได้รับตั้งแต่เดือน .......................... พ.ศ. ................. เป็นต้นไป

กรุณาเก็บส่วนนี้ไว้เมื่อเพื่อยืนยันกับเจ้าหน้าที่กรณียืนยันการลงทะเบียน

องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยแก้ว โทร 053-036555

Facebook : อบต.ห้วยแก้ว อำเภอแม่ออน

Line ID

 กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนา ไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยคนพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนที่ย้ายนั้น ทั้งนี้คนพิการจะได้เบี้ยคนพิการ ณ องค์กรปกครองแห่งใหม่ทันที