ทะเบียนเลขที่............../...............

**แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ....25................**

**เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน** : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียนโดยเป็น □ บิดา-มารดา □บุตร □สามี-ภรรยา □พี่น้อง □ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ

ชื่อ-สกุล................................เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ□-□□□□-□□□□□-□□-□

ที่อยู่........................................................................................................โทรศัพท์...........................................................

เขียนที่องค์การบริหารส่วนตำบลดอนกำยาน

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

 ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ............................................................นามสกุล....................................................

เกิดวันที่...............เดือน...........................พ.ศ. ............ อายุ...................ปี สัญชาติ.........ไทย.............มีชื่ออยู่ในสำทะเบียนบ้าน เลขที่.......................... หมู่ที่.................. ชุมชน....................................... ตรอก/ซอย............................ ถนน....................

ตำบล/แขวง..............ดอนกำยาน..............อำเภอ/เขต...........เมืองสุพรรณบุรี..............จังหวัด.................สุพรรณบุรี...............

รหัสไปรษณีย์.........72000......โทรศัพท์..............................................................................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

ประเภทความพิการ □ ความพิการทางการมองเห็น □ ความพิการทางสติปัญญา

 □ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย □ ความพิการทางการเรียนรู้

 □ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย □ ความพิการทางออทิสติก

 □ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม □ ไม่ระบุความพิการ

สถานภาพสมรส □ โสด □ สมรส □ หม้าย □ หย่าร้าง □ แยกกันอยู่ □ อื่นๆ...............................................

รายได้ต่อเดือน.................................................................. อาชีพ...................................................................................................

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ

□ ยังไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ □ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

□ ได้รับเบี้ยความพิการ □ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.................................................................
มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

□ รับเงินสดด้วยตนเอง □ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

□ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ □ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร................................................................................สาขา.................................................................เลขที่บัญชี ..........................................................................................

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

□ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ □ สำเนาทะเบียนบ้าน □ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร

□ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯแทน)

 □ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

 หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

 □ ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอม
 ให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ

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

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

 ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

-2-

|  |  |
| --- | --- |
| **ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน**เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว................………………………………………………………………………………………..หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน□-□□□□-□□□□□-□□-□ □ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน □ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้..................................................................................................................................................................................................(ลงชื่อ).............................................................................. ( ........................................................ ) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน | **ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลดอนกำยาน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้□ สมควรรับลงทะเบียน □ ไม่สมควรรับลงทะเบียนกรรมการ (ลงชื่อ)............................................................. (...........................................................)ตำแหน่ง ..........................................................................กรรมการ (ลงชื่อ)............................................................. (...........................................................)ตำแหน่ง ..........................................................................กรรมการ (ลงชื่อ)............................................................. (...........................................................)ตำแหน่ง .......................................................................... |
| **คำสั่ง** □ รับลงทะเบียน □ ไม่รับลงทะเบียน □ อื่นๆ...................................................................................................(ลงชื่อ)......................................................... (..............................................................)นายกองค์การบริหารส่วนตำบลดอนกำยานวัน.............เดือน......................ปี............. |

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้ .

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

 การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.25............... โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการตั้งแต่เดือน ถึง............................. ในอัตราเดือนละ 800 บาท ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน **กรณีคนพิการย้ายที่อยู่ไปอยู่ที่อื่นในระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 25.............. จะต้องไปยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนนั้นๆเพื่อรักษาสิทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนนั้นๆ**