

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ....

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ  
ที่ลงทะเบียน โดยเป็น  บิดา - มารดา  บุตร  สามี - ภรรยา  พี่น้อง  ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ

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

เลขประจำตัวประชาชน --- ที่อยู่ บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... พิบูน.....

อำเภอ..... พิบูน..... จังหวัด..... นครศรีธรรมราช..... โทรศัพท์.....

### ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลพิบูล

วันที่/เดือน/พ.ศ.....

คำนำหน้านาม  เด็กชาย  เด็กหญิง  นาย  นาง  นางสาว  อื่นๆ (ระบุ) .....

ชื่อ.....นามสกุล.....

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

เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....-.....ถนน.....-.....ตำบล.....พิบูล.....อำเภอ.....พิบูล.....จังหวัด.....นครศรีธรรมราช.....

รหัสไปรษณีย์.....๘๐๒๗๐.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ ---

ประเภทความพิการ  ความพิการทางการมองเห็น  ความพิการทางสติปัญญา

ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย  ความพิการทางการเรียนรู้

ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย  ความพิการทางออกทิสติก

ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

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

เกี่ยวข้องโดยเป็น  บิดา-มารดา  บุตร  สามี-ภรรยา  พี่น้อง  อื่นๆ.....

**ข้อมูลทั่วไป :** สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ  ยังไม่ได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ  เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่  
เมื่อ.....

ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์  อื่น ๆ (ระบุ) .....

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

มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. .... โดยวิธีการต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร...เพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร...สาขา.....พิบูล..... เลขที่บัญชี ---

### พร้อมแนบเอกสารดังนี้

บัตรประจำตัวคนพิการ  ทะเบียนบ้าน

สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯแทน)

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

(ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

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

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

<p><b>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</b> เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. ..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก ..... ..... (ลงชื่อ) ..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p><b>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</b> เรียน นายกอบต.พิปูน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) ..... (นายบรรจู ฤทธิชัย) กรรมการ (ลงชื่อ) ..... (นางสาวปาลิกา วงศ์วาสนา) กรรมการ (ลงชื่อ) ..... (นางสาววันเพ็ญ เทวฤทธิ์)</p>
<p><b>คำสั่ง</b> <input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ..... ..... (ลงชื่อ) ..... (นายทรงศักดิ์ คเชนทร์) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลพิปูน วันที่/เดือน/พ.ศ.....</p>	

ตัดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. .... โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ **ตั้งแต่เดือน..... เป็นต้นไป ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน** กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนที่ย้ายภูมิลำเนา ทั้งนี้คนพิการจะได้เบี้ยความพิการ ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนา และรับที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ในเดือนถัดไป หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อที่ นางสาวณัฐชยา เทวฤทธิ์ ตำแหน่ง นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ โทร ๐๙๒-๖๔๘๑๖๓๖ หรือ งานพัฒนาชุมชน สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลพิปูน โทร ๐๗๕-๔๖๖๓๔๘

ลงชื่อ .....  
(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

## หนังสือมอบอำนาจ

ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลพิปูน

วันที่/เดือน/พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า ..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....  
เลขที่..... ออกให้ ณ..... เมื่อวันที่..... อยู่บ้านเลขที่.....  
หมู่..... ตระก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... พิปูน.....  
เขต/อำเภอ..... พิปูน..... จังหวัด..... นครศรีธรรมราช.....

ขอมอบอำนาจให้ ..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....  
เลขที่..... ออกให้ ณ..... เมื่อวันที่.....  
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตระก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... พิปูน.....  
..... เขต/อำเภอ..... พิปูน..... จังหวัด..... นครศรีธรรมราช.....

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการดังต่อไปนี้

- 1. ลงทะเบียนเพื่อรับเบี้ยยังชีพคนพิการ
- 2. รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพคนพิการด้วยเงินสด
- 3. รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพคนพิการโดยทางธนาคาร
- 4. เปิดบัญชีเงินฝากธนาคารเพื่อโอนเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพคนพิการ
- 5. ปิดบัญชีเงินฝากธนาคารเบี้ยยังชีพคนพิการ

“ทั้งในขณะที่ชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่า ข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)