**ทะเบียนเลขที่….................../256....**

**แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ................**

|  |
| --- |
| **เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน :** ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น □ บิดา – มารดา □ บุตร □ สามี – ภรรยา □ พี่น้อง □ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯชื่อ – สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ)...............................................................................................................................................เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ที่อยู่.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................โทรศัพท์................................................................................... |

**ข้อมูลคนพิการ**

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

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

 คำนำหน้านาม (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ...................................………….…………นามสกุล....................................................

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

บ้านเลขที่..................หมู่ที่..............ตรอก/ซอย.............................ถนน...............................................หมู่บ้าน/ชุมชน....................................

ตำบล..................................อำเภอ/เขต.......................................................จังหวัด..................................................................................

รหัสไปรษณีย์..........................................................โทรศัพท์.................................................................................................

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

ประเภทความพิการ □ ความพิการทางการเห็น □ ความพิการทางสติปัญญา

 □ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย □ ความพิการทางการเรียนรู้

 □ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย □ ความพิการทางออทิสติก

 □ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส □ โสด □ สมรส □ หม้าย □ หย่าร้าง □ แยกกันอยู่ □ อื่น ๆ......................................

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

**ข้อมูลทั่วไป :** สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ □ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ □ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่

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

□ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ □ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ □ อื่น ๆ (ระบุ)..................………………..…………

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

□ มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ........................................................................................................................................................

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 25......... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

□ รับเงินสดด้วยตนเอง □ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

□ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ □ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคาร..............................................สาขา.................................เลขที่บัญชี □□□-□-□□□□□-□

**พร้อมแนบเอกสารดังนี้**

□ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ □ สำเนาทะเบียนบ้าน

□ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

□ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

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

**หมายเหตุ**  ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ในช่อง🞎 หน้าข้อความที่ต้องการ

-2-

|  |  |
| --- | --- |
| **ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน**เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/ นาง/ นางสาว/.......................................................................................................หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน□-□□□□-□□□□□-□□-□แล้ว□ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน□ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก.................................................................................................................................................................................................. (ลงชื่อ)......................................................... (.......................................................) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน | **ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลป่ากลาง คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมีความเห็นดังนี้□ สมควรรับขึ้นทะเบียน □ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ).................................................................... (....................................................................)กรรมการ (ลงชื่อ).................................................................... (................................................................)กรรมการ (ลงชื่อ).................................................................... (...................................................................) |
| **คำสั่ง** □ รับขึ้นทะเบียน □ ไม่รับขึ้นทะเบียน □ อื่น ๆ ..................................................................................   (ลงชื่อ)...................................................................นายกองค์การบริหารส่วนตำบลป่ากลาง วัน/เดือน/ปี ...................................................... |

(ตัดตามรอยเส้นประให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้) .

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕................... โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ

**ตั้งแต่เดือน..................................................** **ในอัตราเดือนละ 800 บาท ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน** กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนา

ไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง