**ทะเบียนเลขที่......................../2559**

**แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560**

**หมายเหตุ**ให้ทำเครื่องหมาย✓ในช่องหน้าข้อความที่ต้องการ

ผู้ยื่นคำขอฯ [ ] แจ้งด้วยตนเอง

[ ] ผู้ยื่นคำขอฯแทนตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องเป็น.... ......................................กับคนพิการที่ที่ขอลงทะเบียนชื่อ – สกุล(ผู้รับมอบอำนาจ)..........................................................................................เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ............................................................. .............ทะเบียนบ้านเลขที่...................................หมู่ที่............ตำบล........................อำเภอ......................จังหวัด...........................โทรศัพท์. ............. …...................

เขียนที่…………………………………………………………………………………………………………......

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

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

เกิดวันที่...............เดือน..........................พ.ศ.................... อายุ..............ปีสัญชาติ........................มีชื่ออยู่ในสำเนา

ทะเบียนบ้านเลขที่...................หมู่ที่............ตำบล......................อำเภอ.........................จังหวัด...................................

รหัสไปรษณีย์.....................................โทรศัพท์...........................................................................................................หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ…………………………………………………………...

ประเภทความพิการ  ความพิการทางการเห็น  ความพิการทางสติปัญญา

 ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย  ความพิการทางการเรียนรู้

 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย  ความพิการทางออทิสติก

 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

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

ไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพเคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เมื่อ................................................

ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อื่นๆ ระบุ................................... ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ

ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ มีอาชีพ............................................... รายได้ต่อเดือน.................บาท

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการประจำปีงบประมาณพ.ศ. 2558โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเองรับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

**พร้อมแนบเอกสารดังนี้**

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการสำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (กรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ(ในกรณียื่นคำขอแทน)ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

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

-2-

|  |  |
| --- | --- |
| **ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน**  เรียนคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ  ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ............................................................................................หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน  ……………………………………….…………………แล้ว  เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน  เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ  เนื่องจาก.............................................................................  ............................................................................................  (ลงชื่อ).................................................เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน  (...นางสาวจิดาภา เหล่าสุวรรณ์...) | **ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**  เรียน นายกเทศมนตรีตำบลหนองเรือ  คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว  มีความเห็นดังนี้  สมควรรับลงทะเบียนไม่สมควรรับลงทะเบียน  ว่าที่ร้อยโท..........................................................กรรมการ  (....สุรเดช ลักษณะ.....)  (ลงชื่อ)..........................................................กรรมการ  (....นางอารุณ อนุตรี.....)  (ลงชื่อ)..........................................................กรรมการ  (....นางกิตติวรรณ ติ๊บบุญเรือง......) |
| **คำสั่ง**  รับลงทะเบียนไม่รับลงทะเบียนอื่นๆ ...................................................................................    (นายประสงค์ ศรีวัฒน์)  นายกเทศมนตรีตำบลหนองเรือ  วัน/เดือน/ปี............................................... | |

........................................................................................................................................................................................

(ตัดตามรอยประให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนไว้)

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่........................................การลงทะเบียนครั้งนี้เพื่อรับเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณพ.ศ. 2559โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการตั้งแต่เดือน2560ถึงเดือนกันยายน2561 **ในอัตราเดือนละ 800 บาท ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น (ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2559 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2560) จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนเดือนพฤศจิกายน2560ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง**หากมีข้อสงสัยหรือต้องการปรึกษาเพิ่มเติมติดต่อ **081-7179222 ปุ๊ก (นักพัฒนาชุมชน)**