

**แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ องค์การบริหารส่วนตำบลดอนโพธิ์**

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ  
 ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น  บิดา-มารดา  บุตร  สามเณร-ภรรยา  พี่น้อง  ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ  
 ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ) .....  
 เลขประจำตัวประชาชน ---- ที่อยู่ .....  
 ..... โทรศัพท์ .....

**ข้อมูลคนพิการ**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ชื่อ.....นามสกุล.....

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

ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชุมชน.....ถนน.....

ตำบลดอนโพธิ์ อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี รหัสไปรษณีย์ 15000 โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ ----

- ประเภทความพิการ**
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ความพิการทางการเห็น                     | <input type="checkbox"/> ความพิการทางสติปัญญา    |
| <input type="checkbox"/> ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย   | <input type="checkbox"/> ความพิการทางการเรียนรู้ |
| <input type="checkbox"/> ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย | <input type="checkbox"/> ความพิการทางจิต         |
| <input type="checkbox"/> ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม           |  |

สถานภาพสมรส  โสด  สมรส  หย่า  หม้าย  อื่น ๆ .....

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

- ข้อมูลทั่วไป :** สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ  ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ
- เคยได้รับเงินเบี้ยความพิการ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....
- ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์  อื่นๆ(ระบุ).....
- มีอาชีพ (ระบุ) .....รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....(บาท)
- มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ .....

**มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> รับเงินสดด้วยตนเอง                       | <input type="checkbox"/> รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล                   |
| <input type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ | <input type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล |
- บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
- บัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

**พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้**

- หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯแทน)
- บัตรประจำตัวคนพิการ  ทะเบียนบ้าน
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
- ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ

(ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ).....  
 (.....) (.....)  
 ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

**หมายเหตุ :** ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการกรอก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

<p><b>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</b> เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว ..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□□-□□□□□□-□□-□  <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้ ..... (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p><b>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</b> เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลดอนโพธิ์ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้  <input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน  กรรมการ (ลงชื่อ)..... ( )  กรรมการ (ลงชื่อ)..... ( )  กรรมการ (ลงชื่อ)..... ( )</p>
<p><b>คำสั่ง</b> <input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....  (ลงชื่อ)..... นายเสณห์ ปวร กล่อมกุล นายกองค้การบริหารส่วนตำบลดอนโพธิ์ วัน/เดือน/ปี.....</p>	

...(ตัดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้).....

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยความพิการ ในเดือนถัดไปได้  
ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการประจำเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียน  
ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่นับตั้งแต่วันที่ย้ายโดยเร็ว เพื่อรักษาสิทธิการ  
รับเงินเบี้ยความพิการให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง

จะได้รับเงินเบี้ยความพิการตั้งแต่เดือน.....พ.ศ. ....จำนวนเงิน.....

บาท