

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

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....องค์การบริหารส่วนตำบลลุงเหล็ก....

วันที่ เดือน พ.ศ.

ค่านำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่นๆ (ระบุ)

ชื่อ นามสกุล.....

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

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

ตำบล ลุงเหล็ก อำเภอ เมืองบุรีรัมย์ จังหวัด บุรีรัมย์ รหัสไปรษณีย์ ๓๑๐๐๐ โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ ----ประเภทความพิการ ความพิการทางการเห็น ความพิการทางสติปัญญา ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางออทิสติก ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมสถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ โทรศัพท์.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

 ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อื่นๆ (ระบุ) มีอาชีพ (ระบุ) รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....(บาท) มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคาร สาขา เลขที่บัญชี

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

 สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร บัญชีเลขที่..... ชื่อบัญชี..... หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่เป็นบุคคลที่อยู่นอกระยะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ และ
ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการหากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตาม
กฎหมาย

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

(.....)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ 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"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่ดีเนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลลู่เหล็ก คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นางสาวกัญญา ไชยรินทร์) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นายมัฆวัต โพธิ์ขาว) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นางสาววรรณปนาถ เขียมรัมย์)</p>
--	---

คำสั่ง

รับขึ้นทะเบียน ไม่รับขึ้นทะเบียน อื่น ๆ.....

(ลงชื่อ)
(นายนิยม เอื้อเพื่อ)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลลู่เหล็ก
วัน/เดือน/ปี

ติดตามรอยประให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้เป็นหลักฐานในการขึ้นทะเบียน

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.
การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ **ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙** โดยจะได้รับเบี้ย
ความพิการ จากกรมบัญชีกลางฯ ตั้งแต่วันที่ ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน **กรณีคนพิการ**
ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น ในระหว่างปีงบประมาณ จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนนั้นๆ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่องในการรับเบี้ยยังชีพความพิการ

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