ทะเบียนเลขที่............../2566

**แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ**

**เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน** : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น □ บิดา-มารดา □ บุตร □ สามี-ภรรยา □ พี่น้อง □ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ

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

เลขประจำตัวประชาชน \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ \_ - \_ \_ - \_ ที่อยู่ ................................................................................................

.................................................................................................โทรศัพท์ ...............................................................................

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

ตำบล.................................................อำเภอ เทิง จังหวัด เชียงราย รหัสไปรษณีย์ 5๗๒๓๐ .

โทรศัพท์.................................................................................................................................................................................................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

ประเภทความพิการ □ ความพิการทางการมองเห็น □ ความพิการทางสติปัญญา

 □ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย □ ความพิการทางการเรียนรู้

 □ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย □ ความพิการทางออทิสติก

 □ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

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

**ข้อมูลทั่วไป :** สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ □ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ

□ เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ....................................................................................................................................................□ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ □ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ □ อื่นๆ(ระบุ)..............................................................

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

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

 มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 25๕๙(เพิ่มเติม) โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

□ รับเงินสดด้วยตนเอง □ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

□ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ □ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

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

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

□ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ □ สำเนาทะเบียนบ้าน

□ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

□ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯแทน)

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)............................................................. (ลงชื่อ)............................................................

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

 ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการกรอก และทำเครื่องหมาย 🗸 ในช่อง □ หน้าข้อความที่ต้องการ

-2-

|  |  |
| --- | --- |
| **ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน**เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว................………………………………………………………………………………………..หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน□-□□□□-□□□□□-□□-□ □ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน □ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้..................................................................................................................................................................................................(ลงชื่อ).............................................................................. (...............................................................................)เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน | **ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลแม่ลอย คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้□ สมควรรับลงทะเบียน □ ไม่สมควรรับลงทะเบียนกรรมการ (ลงชื่อ)............................................................. (นายศรีจันทร์ สุทธศิลป์)กรรมการ (ลงชื่อ)............................................................. (นายธนาวุฒิ กาไชย)กรรมการ (ลงชื่อ)............................................................. (นายนพดล บั้งเงิน) |
| **คำสั่ง** □ รับลงทะเบียน □ ไม่รับลงทะเบียน □ อื่นๆ...................................................................................................(ลงชื่อ).........................................................(นายบุญธรรม ปูชัย)นายกองค์การบริหารส่วนตำบลแม่ลอยวัน/เดือน/ปี............................................. |

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้ .

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

 การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือนถัดไปของการออกบัตรหรือเดือนต่อที่ได้ประกาศตามนัยข้อ๗ ในอัตราเดือนละ 800 บาท ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือนกรณีคนพิการย้ายที่อยู่ไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

(ลงชื่อ)............................................................

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

 เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

ทะเบียนเลขที่............../2560

**แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ**

**เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน** : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น □ บิดา-มารดา □ บุตร □ สามี-ภรรยา □ พี่น้อง □ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ

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

เลขประจำตัวประชาชน \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ \_ - \_ \_ - \_ ที่อยู่ ................................................................................................

.................................................................................................โทรศัพท์ ...............................................................................

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

ตำบล.................................................อำเภอ เทิง จังหวัด เชียงราย รหัสไปรษณีย์ 5๗๒๓๐ .

โทรศัพท์.................................................................................................................................................................................................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

ประเภทความพิการ □ ความพิการทางการมองเห็น □ ความพิการทางสติปัญญา

 □ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย □ ความพิการทางการเรียนรู้

 □ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย □ ความพิการทางออทิสติก

 □ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

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

**ข้อมูลทั่วไป :** สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ □ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ

□ เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ....................................................................................................................................................□ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ □ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ □ อื่นๆ(ระบุ)..............................................................

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

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

 มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 25๕๙(เพิ่มเติม) โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

□ รับเงินสดด้วยตนเอง □ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

□ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ □ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

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

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

□ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ □ สำเนาทะเบียนบ้าน

□ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

□ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯแทน)

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)............................................................. (ลงชื่อ)............................................................

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

 ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการกรอก และทำเครื่องหมาย 🗸 ในช่อง □ หน้าข้อความที่ต้องการ

-2-

|  |  |
| --- | --- |
| **ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน**เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว................………………………………………………………………………………………..หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน□-□□□□-□□□□□-□□-□ □ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน □ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้..................................................................................................................................................................................................(ลงชื่อ).............................................................................. (...............................................................................)เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน | **ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลแม่ลอย คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้□ สมควรรับลงทะเบียน □ ไม่สมควรรับลงทะเบียนกรรมการ (ลงชื่อ)............................................................. ( )กรรมการ (ลงชื่อ)............................................................. ( )กรรมการ (ลงชื่อ)............................................................. ( ) |
| **คำสั่ง** □ รับลงทะเบียน □ ไม่รับลงทะเบียน □ อื่นๆ...................................................................................................(ลงชื่อ).........................................................( )นายกองค์การบริหารส่วนตำบล....................วัน/เดือน/ปี............................................. |

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้ .

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

 การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือนถัดไปของการออกบัตรหรือเดือนต่อที่ได้ประกาศตามนัยข้อ๗ ในอัตราเดือนละ 800 บาท ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือนกรณีคนพิการย้ายที่อยู่ไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

(ลงชื่อ)............................................................

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

 เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน