**ทะเบียนเลขที่ ................../๒๕๖๕**

**แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ**

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

 เขียนที่ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลหนองหญ้าไซ

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

 ข้าพเจ้า (เด็กชาย / เด็กหญิง / นาย / นาง / นางสาว ) ชื่อ.............................................นามสกุล......................................... เกิดวันที่............เดือน ....................................พ.ศ. ..................... อายุ...............ปี สัญชาติ................ มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน เลขที่ ...............หมู่ที่ .............. ตรอก/ ซอย ......................................... ถนน........................................หมู่บ้าน/ชุมชน .............................. ตำบล .............หนองหญ้าไซ............. อำเภอ ..............หนองหญ้าไซ................. จังหวัด ..............สุพรรณบุรี....................รหัสไปรษณีย์ .....72240...................โทรศัพท์...........................................................................

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ **□-□□□□-□□□□□-□□-□**

ประเภทความพิการ □ ความพิการทางการเห็น □ ความพิการทางสติปัญญา

 □ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย □ ความพิการทางการเรียนรู้

 □ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย □ ความพิการทางออทิสติก

 □ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

รายได้ต่อเดือน......................................................................อาชีพ.......................................................................................................

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

**ข้อมูลทั่วไป :** สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

□ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ □ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ .............................................................................

□ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ □ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ □ อื่นๆ (ระบุ) ..............................................

 มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยวิธีดังต่อไปนี้ **(เลือก ๑ วิธี)**

□รับเงินสดด้วยตนเอง □ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

□โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ□ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

**พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้**

□ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ □ สำเนาทะเบียนบ้าน

□ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร

□ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

□ บัญชีเงินฝากธนาคาร.....................................................................สาขา.....................................................................................................................

 เลขที่บัญชี ……………………………………………….ชื่อบัญชี.........................................................................................................................

 □ “ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย”

 □ “ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

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

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

**หมายเหตุ :** ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย 🗸 ในช่อง □ หน้าข้อความที่ต้องการ

- ๒ –

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

ตัดตามรอยประให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

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

 การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ................ โดยจะได้รับเงิน เบี้ยความพิการ***ตั้งแต่เดือน...............................พ.ศ...................... ในอัตราเดือนละ..................... บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน*** กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่โดยทันที ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่องในการรับเบี้ยความพิการ

**หมายเหตุ** ให้ขีดข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย / ในช่อง **□** หน้าข้อความที่ต้องการ