ทะเบียนเลขที่.............../.................

(สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒)

 **แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ....................**

|  |
| --- |
| เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับ คนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น □บิดา-มารดา □บุตร □ สามี-ภรรยา □พี่น้อง □ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯชื่อ – 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................. มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่................หมู่ที่/..............................ตรอก/ซอย.....................

ถนน.....................หมู่บ้าน/ชุมชน.............................................ตำบล/แขวง......กะหรอ....................อำเภอ/เขต..........นบพิตำ............จังหวัด.................นครศรีธรรมราช....................รหัสไปรษณีย์.......80160.................โทรศัพท์...........................................................

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

ประเภทความพิการ □ ความพิการทางการเห็น □ ความพิการทางสติปัญญา

 □ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย □ ความพิการทางการเรียนรู้

 □ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย □ ความพิการทางออทิสติก

 □ พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

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

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ

 □ ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ □ ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

 □ ได้รับเงินเบี้ยความพิการ □ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่เมื่อ..........................................................

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

□ รับเงินสดด้วยตนเอง □ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

□ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ □ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

□สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ □ สำเนาทะเบียนบ้าน

□หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจผู้ดูแลคนพิการและผู้รับมอบอำนาจ(ในกรณียื่นคำขอแทน)

□สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการผ่านธนาคาร)

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

 □“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย”

 □ “ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยิมยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

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

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

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

-๒-

|  |  |
| --- | --- |
| **ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน**เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว................................................................................................หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน□-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว□ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน □ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้..........................................................................................................................................................................................................(ลงชื่อ) ............................................................................. (...........................................................................) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน | **ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลกะหรอ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมีความเห็นดังนี้□ สมควรรับลงทะเบียน □ ไม่สมควรรับลงทะเบียนกรรมการ (ลงชื่อ)................................................................ (นางวรรวิษา กรรฐสุทธิ์)กรรมการ (ลงชื่อ)................................................................ (นางสาวจันทร์ทิพย์ ชัยชนะ)กรรมการ สิบเอก ......................................................... (กำแหง กรงกรด) |
| **คำสั่ง** **□** รับขึ้นทะเบียน **□** ไม่รับขึ้นทะเบียน **□** อื่นๆ...................................................................................... ........................................................................................................................................................(ลงชื่อ)..........................................................(นายมนัสพงค์ สุทธิเดช)นายกองค์การบริหารส่วนตำบลกะหรอวันที่.............เดือน.................................พ.ศ. ................................ |

ตัดตามรอยประให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนคนพิการ** เมื่อวันที่..... เดือน ........................ พ.ศ. ........

 การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ....................... โดยจะเริ่มรับเงิน เบี้ยความพิการในเดือนถัดไป (ตั้งแต่เดือน........................................ ) นับแต่วันได้ลงทะเบียน กรณีคนพิการย้ายที่อยู่ไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปยื่นคำขอ ณ ท้องถิ่นที่ย้ายไปอยู่ใหม่ทันที เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการต่อไป

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

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

**หนังสือมอบอำนาจ**

ที่...................................................................

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

 โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า................................................................ ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.........................................

เลขที่.....................................................ออกให้ ณ.......................................เมื่อวันที่........................อยู่บ้านเลขที่.........

หมู่ที่...............ตรอก/ซอย.............................................ถนน..................................แขวง/ตำบล........................................

เขต/อำเภอ...................................................................จังหวัด........................................................................................

 ขอมอบอำนาจให้................................................................................ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร......................................

เลขที่.....................................................ออกให้ ณ.......................................เมื่อวันที่........................อยู่บ้านเลขที่.........

หมู่ที่...............ตรอก/ซอย.............................................ถนน..................................แขวง/ตำบล.....................................

เขต/อำเภอ.................................จังหวัด..............................เกี่ยวข้องเป็น..........................................................................

เป็นผู้มีอำนาจ ( ) ยื่นคำขอตามแบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. .................

 ( ) รับเงินเบี้ยความพิการตลอดจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจใหม่ แทนข้าพเจ้าจน

เสร็จการ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้ เสมือนว่าข้าพเจ้าได้

กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.............................................................ผู้มอบอำนาจ

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

ลงชื่อ.............................................................ผู้รับมอบอำนาจ

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

ลงชื่อ.............................................................พยาน

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

ลงชื่อ.............................................................พยาน

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