

แบบรับคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ

เลขที่...../6...

ชื่อ - สกุล.....

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

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าหน้าที่

งานสวัสดิการและพัฒนาชุมชน

สำนักปลัดเทศบาล

โทร . 02-501-1721 ต่อ 15



แบบรับคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ

เลขที่...../6....

ชื่อ - สกุล.....

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

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าหน้าที่

งานสวัสดิการและพัฒนาชุมชน

สำนักปลัดเทศบาล

โทร . 02-501-1721 ต่อ 15

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

(ติดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียน เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ. ๒๕๖.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ สำหรับผู้ที่ยังไม่เคยลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยความพิการมาก่อน ตามนัยข้อ ๗ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๓ ที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยให้ประกาศบัญชีรายชื่อคนพิการที่มาลงทะเบียนขอรับเบี้ยความพิการเป็นรายเดือน และจะได้รับเบี้ยในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ในเดือนถัดไป กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ (สำนักงานเขต, เทศบาล, อบต) ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

เอกสารแนบท้ายแบบคำร้องขึ้นทะเบียนผู้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ

ข้าพเจ้า.....เลขบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

ซึ่งเป็น ☐ ผู้พิการขอรับรองว่าข้าพเจ้า

☐ ผู้ลงทะเบียนขอรับรองว่าผู้พิการ (นาย/นาง/นางสาว.....)

เป็นผู้มีคุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้พิการตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์
การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2553 (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562 ข้อ 7 ดังนี้

ให้คนพิการที่ได้จดทะเบียนคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการลงทะเบียนและยื่นคำ
ขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น หรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด และมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป โดยมีหลักฐาน
พร้อมสำเนาที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ลงลายมือชื่อรับรองความถูกต้อง ดังต่อไปนี้

1. บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
2. ทะเบียนบ้าน
3. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทยสำหรับกรณีและผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ
ผ่านธนาคาร

ทั้งนี้ หากเทศบาลตำบลบ้านใหม่ตรวจสอบพบว่า ผู้พิการขอขึ้นทะเบียนขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่งข้างต้น หรือเสียชีวิต
หรือย้ายทะเบียนบ้าน โดยมีได้แจ้งให้เทศบาลตำบลบ้านใหม่ ทราบ ภายใน 15 วัน และมีการรับเงินซ้ำซ้อนกับท้องถิ่นอื่น
ข้าพเจ้ายินยอมให้เทศบาลตำบลบ้านใหม่ยุติการจ่ายเงินและยินยอมให้เทศบาลตำบลบ้านใหม่ดำเนินการเรียกเงินคืนตาม
จำนวนที่ผู้พิการได้รับไว้เกินสิทธิที่พึงจะได้รับ โดยไม่มีข้อแม้ใดๆทั้งสิ้น

จึงลงลายมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....