

## แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ....

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอของลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น  บิดา - มารดา  สามี - ภรรยา  พี่น้อง  ผู้ดูแลคนพิการ  อื่น ๆ (ระบุ).....  
ลงทะเบียน ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ)..... เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ  
------- 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..... มีเชื้อสายในสำเนาทะเบียนบ้าน

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

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ -------

- |               |  |  |
|---------------|--|--|
| ประเภทคนพิการ | <input type="checkbox"/> ความพิการทางการเห็น                     | <input type="checkbox"/> ความพิการทางอหิตสติก    |
|               | <input type="checkbox"/> ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย   | <input type="checkbox"/> ความพิการทางสติปัญญา    |
|               | <input type="checkbox"/> ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย | <input type="checkbox"/> ความพิการทางการเรียนรู้ |
|               | <input type="checkbox"/> ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม           |  |

สถานภาพ  สมรส  โสด  หม้าย  หย่าร้าง  แยกกันอยู่  อื่นๆ .....

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพพัรับสวัสดิการภาครัฐ  ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ  เคยได้รับ (ย้ายถัดมานา) เข้ามายังใหม่เมื่อ.....

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ      | <input type="checkbox"/> ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเดอด | <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) .....                 |
| <input type="checkbox"/> ไม่สามารถใช้ชีวิตระประจำวันด้วยตนเอง | <input type="checkbox"/> มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ           | <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ |
| <input type="checkbox"/> มีอาชีพ (ระบุ).....                  | รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....  | (บาท)   |

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. .... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> รับเงินสดด้วยตนเอง                           | <input type="checkbox"/> รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ  |
| <input type="checkbox"/> โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ | <input type="checkbox"/> โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ  |
| ธนาคาร.....   | สาขา.....   |
|   | เลขบัญชี <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> |

## พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือ สำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในการกรณีผู้รับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินฝากธนาคาร)
- หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....  
.....ผู้ยื่นคำขอ  
(.....)(ลงชื่อ).....  
.....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน  
(.....)หมายเหตุ : ให้ขึ้นมาข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

<p><b>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</b></p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ “ได้ตรวจสอบคุณสมบัติ นาย / นาง / นางสาว / .....</p> <p>หมายเลขอับตรประจำตัวประชาชน <b>□-□-□-□-□-□-□-□-□</b> แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติเนื่องจาก .....</p> <p>(ลงชื่อ) ..... (.....)</p> <p style="text-align: center;">เจ้าหน้าที่ผู้ที่รับจดทะเบียน</p>	<p><b>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</b></p> <p>เรียน นายกเทศมนตรี / นายก อบต.....</p> <p>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วว่า ความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) ..... (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) ..... (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) ..... (.....)</p>
<p><b>คำสั่ง</b></p> <p><input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ .....</p> <p>(ลงชื่อ) .....</p> <p>นายกเทศมนตรี / นายก อบต. ....</p> <p>วันที่ / เดือน / ปี .....</p>	

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้พิการที่ไม่สามารถลงนามได้)

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. .... โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยความพิการ  
ตั้งแต่เดือนตุลาคม ..... ถึง เดือนกันยายน ..... ในอัตราเดือน ๕๐๐ บาท รายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีผู้พิการย้าย  
ภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น (ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ..... ถึงวันที่ ๓๐ พฤษภาคม ..... ) จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ  
ณ ท้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤษจิกายน..... ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

<p><b>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</b></p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติ นาย / นาง / นางสาว /</p> <p>หมายเลขอปตรประจำตัวประชาชน <b>_____</b> แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติเนื่องจาก</p> <p>(ลงชื่อ) ..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้ที่รับจดทะเบียน</p>	<p><b>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</b></p> <p>เรียน นายกเทศมนตรี / นายก อบต. ....</p> <p>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) ..... (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) ..... (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) ..... (.....)</p>
<p><b>คำสั่ง</b></p> <p><input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ .....</p> <p>(ลงชื่อ) ..... นายกเทศมนตรี / นายก อบต. .... วันที่ / เดือน / ปี .....</p>	

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้พิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ..... โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยความพิการตั้งแต่เดือนตุลาคม ..... ถึง เดือนกันยายน ..... ในอัตราเดือน ๔๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน การนับผู้พิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น (ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ..... ถึงวันที่ ๓๐ พฤษภาคม ..... ) จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการณ์ ท่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤษภาคม..... ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง



## หนังสือมอบอำนาจ

ที่ .....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. .....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ชื่อเป็นผู้ถือบัตร.....  
เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....  
ตrox/ซอย.....ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....ตำบล.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้ .....ชื่อเป็นผู้ถือบัตร.....  
เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....  
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตrox/ซอย.....ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินสวัสดิการเบี้ยความพิการแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ  
ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำ ไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำ  
ด้วยตนของทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

## หนังสือมอบอำนาจ

ที่ .....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว)..... อายุ.....  
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตระกอก/ซอย..... ถนน..... หมู่บ้าน/ชุมชน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้ (นาย / นาง / นางสาว)..... เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

..... ออกให้ ณ..... เมื่อวันที่..... วัน.....

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตระกอก/ซอย..... ถนน..... หมู่บ้าน/ชุมชน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

เป็นผู้รับเงินค่าเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ค่าเบี้ยยังชีพคนพิการ ค่าเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ แทนข้าพเจ้า กิจการใด ๆ  
ที่ผู้รับมอบอำนาจกระทำให้ถือเสมือนตนนั่งข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำการ

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

ที่ .....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว)..... อายุ.....  
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต河流/ซอย..... ถนน..... หมู่บ้าน/ชุมชน.....  
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้ (นาย / นาง / นางสาว)..... เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน  
ออกให้ ณ ..... เมื่อวันที่..... อายุ.....  
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต河流/ซอย..... ถนน..... หมู่บ้าน/ชุมชน.....  
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

เป็นผู้รับเงินค่าเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ค่าเบี้ยยังชีพคนพิการ ค่าเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ แทนข้าพเจ้า กิจการใด ๆ  
ที่ผู้รับมอบอำนาจกระทำให้ถือเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเอง

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

