

แบบแสดงความจำนงรับเบี้ยความพิการ

ทะเบียนเลขที่.....

ผู้ยื่นคำขอ แจ้งด้วยตัวเอง

ผู้ยื่นคำขอแทน เกี่ยวข้องเป็น.....กับคนพิการที่แสดงความจำนง

ชื่อ - สกุล ผู้ยื่นคำขอ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ----

ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

เขียนที่.....สำนักงานเขตคลองเตย.....

วันที่.....เดือน.....พฤษภาคม.....พ.ศ.....2557.....

ด้วย (ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.เพศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

บ้านเลขที่..... ถนน/ซอย..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ซึ่งมีหมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการหมายเลข ----

มีความประสงค์จะขอรับเบี้ยความผู้พิการ ประจำปีงบประมาณพ.ศ. 2559 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> รับเงินสดด้วยตนเอง | <input type="checkbox"/> รับเงินสดโดยบุคคลที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ |
| <input type="checkbox"/> เข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามตนเอง | <input type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่เป็นผู้รับมอบอำนาจ |

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ และสำเนาทะเบียนบ้านในเขตกรุงเทพมหานคร พร้อมรับรองความถูกต้อง

สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดูแลคนพิการ พร้อมรับรองความถูกต้อง

(ในกรณีผู้ดูแลคนพิการเป็นผู้ยื่น)

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีขอรับเบี้ยความพิการขอรับเงินผ่านธนาคาร)

ขอแทน..... (ในกรณีผู้ดูแลเป็นผู้ยื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่รับแบบคำขอ

(.....)

(.....)

หมายเหตุ “ ผู้ดูแลคนพิการ ” หมายความว่า บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา ญาติ พี่น้อง หรือบุคคลอื่นใดที่รับดูแลหรือ

อุปการะคนพิการที่ระบุไว้ในสมุดผู้พิการหรือบัตรประจำตัวผู้พิการ