

## แบบแสดงความจำนงรับเงินเบี้ยความพิการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๐

ผู้ยื่นคำขอ ( ) แจ้งด้วยตนเอง

( ) ผู้ยื่นคำขอแทนเกี่ยวข้องกับ.....กับคนพิการที่แสดงความจำนงฯ

ชื่อ-สกุล ผู้ยื่นคำขอ.....

เลขประจำตัวประชาชน  -  -  -  - 

ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

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

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

บ้านเลขที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

ซึ่งมีหมายเลขประจำตัวคนพิการ  -  -  -  - 

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๙ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ
- เข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามตนเอง  โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่เป็นผู้ดูแลคนพิการ

พร้อมแนบเอกสารดังต่อไปนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ และ สำเนาทะเบียนบ้าน ในเขตกรุงเทพมหานคร พร้อมรับรองความถูกต้อง
- หนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ พร้อมรับรองความถูกต้อง (ในกรณีผู้ดูแลคนพิการเป็นผู้ยื่น)
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเบี้ยความพิการขอรับเงินผ่านธนาคาร)

ขอแทน.....(ในกรณีผู้ดูแลเป็นผู้ยื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับแบบคำขอ

(.....)

(.....)

หมายเหตุ "ผู้ดูแลคนพิการ" หมายความว่า บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา ญาติ พี่น้อง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือบุคคลอื่นใด ที่รับดูแลหรืออุปการะคนพิการ

ความเห็นข้าราชการส่วนท้องถิ่นผู้รับแบบคำขอ

เรียน ผู้อำนวยการเขต.....

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ./.....หมายเลขบัตร  
ประจำตัวคนพิการ  -  -  -  -

เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน

เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้

.....  
.....

(ลงชื่อ) .....ข้าราชการส่วนท้องถิ่น

ผู้รับแบบคำขอ

(.....)

คำสั่งผู้อำนวยการเขต.....

เห็นชอบ

ไม่เห็นชอบ

อื่นๆ.....

(ลงชื่อ).....

ผู้อำนวยการเขต.....

วัน/เดือน/ปี.....