

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2562

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับ
 คนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา - มารดา บุตร สามเณร - ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ
 ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....
 เลขประจำตัวประชาชน ---
 ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 คำนำนานาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่น ๆ (ระบุ).....
 ชื่อ.....นามสกุล.....
 เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนา
 ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....
 ตำบล.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ ---

ประเภทความพิการ ความพิการทางการเห็น ความพิการทางสติปัญญา
 ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้
 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางออกัสติก
 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ.....

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

ข้อมูลทั่วไป: สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ เคยได้รับ

(ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่เมื่อ.....

ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อื่น ๆ (ระบุ).....

มีอาชีพ (ระบุ).....รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....(บาท)

มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร ในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร ในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจ

จากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแลธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี --

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

(.....)

(นางสาวพรสวรรค์ เสรีกิจ)



แบบคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปถ่าย
คนพิการ

หน่วยงานรับคำขอ..... **อบต.บางพระ**
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

- ขอมิบัตรครั้งแรก
- ขอมิบัตรเนื่องจาก บัตรเดิมหมดอายุ ชำรุด
 สูญหาย มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ
 อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

- ๑.๑ คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่น ๆ (ระบุ)
- ๑.๒ ชื่อ..... นามสกุล.....
- ๑.๓ เกิดเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.
- ๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน - - - -
- ๑.๕ ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่น ๆ (ระบุ)
- ๑.๖ สถานภาพสมรส โสด สมรสอยู่ด้วยกัน หม้าย
- ๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
 หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
 มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....
- ๑.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
 หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
 มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....
- ๑.๙ การศึกษา
 ไม่ได้เรียน
 จบการศึกษาชั้นสูงสุด
 ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย
 ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)
 อนุปริญญา ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
 ปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
 สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
 อื่น ๆ (ระบุ)
- ๑.๑๐ อาชีพ
 ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....
 ประกอบอาชีพ
 เกษตรกรรม รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ลูกจ้างเอกชน
 รับจ้างทั่วไป ธุรกิจส่วนตัว อาชีพอื่น ๆ (ระบุ).....
- ๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ..... บาท/เดือน
- ๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว)..... บาท
- ๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี) คน

หนังสือยินยอมให้หักเงินเบี้ยผู้พิการแก่ทางราชการ

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ตามที่ข้าพเจ้าได้รับเงินเบี้ยผู้พิการเกินสิทธิพึงได้รับจำนวน.....บาท ไปเมื่อวันที่
๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ แล้วนั้น ข้าพเจ้าไม่สามารถคืนเงินดังกล่าวตามจำนวนคืนแก่กองคลัง องค์การ
บริหารส่วนตำบลของพระได้ เนื่องจากได้ชำระหนี้ตามกฎหมายไปแล้ว ข้าพเจ้ายินดีให้องค์การ
บริหารส่วนตำบลของพระ

๑. หักเบี้ยผู้พิการข้าพเจ้า จำนวน.....เดือน เพื่อชำระหนี้ตามที่ค้างจนกว่า
จะครบตามจำนวนที่ท่านได้รับเกินสิทธิทายาท

๒. ข้าพเจ้าขอผ่อนชำระเป็นจำนวนเงิน.....บาท
งวดละ.....บาท รวมเป็นเงิน.....บาท

๓. อื่นๆ มิได้ชำระหนี้ เนื่องจาก.....

หากข้าพเจ้ามีชำระตามข้อความข้างต้น ข้าพเจ้ายินดีให้องค์การบริหารส่วนตำบลของ
พระ ดำเนินการตามกฎหมายแก่ข้าพเจ้าต่อไปได้

(ลงชื่อ).....ผู้พิการ/ทายาทตามกฎหมาย

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

เอกสารทำบัตรพิการ ครั้งแรก

1. ใบรับรองความพิการ ซึ่งรับรองโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของสถานพยาบาลของรัฐ หรือ สถานพยาบาลเอกชนที่อธิบดีกำหนด
2. รูปถ่ายคนพิการ ขนาด 2 นิ้ว 2 รูป (ถ่ายมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน)
3. สำเนาทะเบียนบ้านคนพิการ 2 ฉบับ
4. สำเนาบัตรประชาชนคนพิการ 2 ฉบับ
5. สำเนาทะเบียนบ้านคนดูแล 2 ฉบับ
6. สำเนาบัตรประชาชนคนดูแล 2 ฉบับ

*หมายเหตุ คนพิการกับผู้ดูแลต้องอยู่ทะเบียนบ้านเดียวกัน

เอกสารทำบัตรพิการ กรณี บัตรหมดอายุ

1. ใบรับรองความพิการ ซึ่งรับรองโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของสถานพยาบาลของรัฐ หรือ สถานพยาบาลเอกชนที่อธิบดีกำหนด
2. รูปถ่ายคนพิการ ขนาด 2 นิ้ว 2 รูป (ถ่ายมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน)
3. สำเนาทะเบียนบ้านคนพิการ 2 ฉบับ
4. สำเนาบัตรประชาชนคนพิการ 2 ฉบับ
5. สำเนาทะเบียนบ้านคนดูแล 2 ฉบับ
6. สำเนาบัตรประชาชนคนดูแล 2 ฉบับ
7. บัตรพิการตัวจริงที่หมดอายุ
8. ต้องเป็นคนดูแลคนเดิม

*หมายเหตุ คนดูแลต้องเป็นคนเดิมคนดูแลต้องอยู่ทะเบียนบ้านเดียวกัน หากเปลี่ยนผู้ดูแลต้องแนบเอกสารผู้ใหญ่บ้าน สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาบัตรประจำตัวผู้ใหญ่บ้านอย่างละ 2 ฉบับ

เอกสารทำบัตรพิการ กรณี บัตรหาย

1. ใบรับรองความพิการ ซึ่งรับรองโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของสถานพยาบาลของรัฐ หรือ สถานพยาบาลเอกชนที่อธิบดีกำหนด
2. รูปถ่ายคนพิการ ขนาด 2 นิ้ว 2 รูป (ถ่ายมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน)
3. สำเนาทะเบียนบ้านคนพิการ 2 ฉบับ
4. สำเนาบัตรประชาชนคนพิการ 2 ฉบับ
5. สำเนาทะเบียนบ้านคนดูแล 2 ฉบับ
6. สำเนาบัตรประชาชนคนดูแล 2 ฉบับ
7. ใบแจ้งความตัวจริง

*หมายเหตุ คนดูแลต้องเป็นคนเดิมคนดูแลต้องอยู่ทะเบียนบ้านเดียวกัน หากเปลี่ยนผู้ดูแลต้องแนบเอกสารผู้ใหญ่บ้าน สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาบัตรประจำตัวผู้ใหญ่บ้าน อย่างละ 2 ฉบับ