**ทะเบียนเลขที่............................./2563**

**แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

|  |
| --- |
| **เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน** : ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น □ บิดา-มารดา □ บุตร □ สามี-ภรรยา □พี่ น้อง □ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯชื่อ – สกุล(ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ)................................................................................................................................................. 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..........................มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่..................หมู่ที่......................ตรอก/ซอย.........................ถนน...............................หมู่บ้าน....................ตำบล.................... อำเภอ/เขต........................จังหวัด......................................................รหัสไปรษณีย์...............................โทรศัพท์........................................

หมายเลขประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ

ประเภทความพิการ □ ความพิการทางการเห็น □ ความพิการทางสติปัญญา

 □ ความพิการการได้ยินหรือสื่อความหมาย □ ความพิการทางการเรียนรู้

 □ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย □ ความพิการทางออทิสติก

 □ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส โสด □ สมรส □หม้าย □ หย่าร้าง □ แยกกันอยู่ □ อื่นๆ...............................................................

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

**ข้อมูลทั่วไป** : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ □ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ □ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่

เมื่อ...................................................................

□ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ □ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ □ อื่นๆ................................................................................

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

□ มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ...................................................................................................................................................................

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้กับคนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2559) โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

□ รับเงินสดด้วยตนเอง □ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

□ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ □ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคาร........................................................สาขา.............................................เลขที่บัญชี

**พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้**

□ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ □ สำเนาทะเบียนบ้าน

□ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

□ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).................................................... ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ)....................................................เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

 (..................................................) (..................................................)

-2-

|  |  |
| --- | --- |
| **ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน**เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว/...........................................................................................................หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน แล้ว□ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน □ เป็นผู้ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก......................................................................................................................................................................................................................(ลงชื่อ).................................................................... (............................................................)เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน | **ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**เรียน นายกเทศมนตรีตำบลเขาพระ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมีความเห็นดังนี้□ สมควรได้รับลงทะเบียน □ ไม่สมควรได้รับลงทะเบียนกรรมการ (ลงชื่อ)........................................................... ( )กรรมการ (ลงชื่อ)........................................................... ( )กรรมการ (ลงชื่อ)...........................................................  ( ) |
| **คำสั่ง** □ รับลงทะเบียน □ ไม่รับลงทะเบียน □ อื่นๆ..........................................................................................................(ลงชื่อ).................................................. ( นายชวลิต สิทธิฤทธิ์ ) นายกเทศมนตรีตำบลเขาพระวัน/เดือน/ปี................................................ |

ตัดตามรอยประให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่................เดือน...................................................พ.ศ.2563

การลงทะเบียนครั้งนี้ เป็นการลงทะเบียนตามที่กระทรวงมหาดไทยได้ประกาศใช้ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์ การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้กับคนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2559) เพื่อใช้ในการดำเนินงานจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งตามความนัยข้อ 7 แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทยฯ กำหนดให้คนพิการที่ได้จดทะเบียนคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด และมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการตั้งแต่เดือน......................................................เป็นต้นไป

**ชื่อผู้พิการ.................................................................... เจ้าหน้าที่.........................................................**

 **หมายเหตุ กรณีมีข้อสงสัยติดต่อ งานพัฒนาชุมชน เทศบาลตำบลเขาพระ โทร/โทรสาร 0-7549-9136**

**หนังสือมอบอำนาจ (กรณีขึ้นทะเบียนแทน)**

 ที่........................................................................

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

 โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า......................................................................................ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประชาชน

เลขที่........................................ออกให้ ณ .........................................เมื่อวันที่...............................อยู่บ้านเลขที่................

หมู่ที่..............ตรอก/ซอย.............................ถนน..................................................แขวง/ตำบล..........................................

เขต/อำเภอ...............................................จังหวัด.........................................โทร.......................................

 ขอมอบอำนาจให้.......................................................................................................ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประชาชน

เลขที่........................................ออกให้ ณ ......................................เมื่อวันที่.................................อยู่บ้านเลขที่.................

หมู่ที่................ตรอก/ซอย............................ถนน............................................แขวง/ตำบล..............................................

เขต/อำเภอ......................................................จังหวัด...........................................โทร.........................................

* เป็นผู้มีอำนาจขึ้นทะเบียนแทนข้าพเจ้าฯปีงบประมาณ พ.ศ.2563

 ผู้สูงอายุ ผู้พิการ

 ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.........................................ผู้มอบอำนาจ

 (..........................................)

ลงชื่อ.........................................ผู้รับมอบอำนาจ

 (..........................................)

ลงชื่อ.........................................พยาน

 (..........................................)

 ลงชื่อ.........................................พยาน

 (..........................................)

**หมายเหตุ** หลักฐานการมอบอำนาจ

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้สูงอายุ (ผู้มอบอำนาจ)
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ผู้รับมอบอำนาจ)

**หนังสือมอบอำนาจ (ยินยอมให้โอนเงินเข้าบัญชี)**

 ที่........................................................................

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

 โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า......................................................................................ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประชาชน

เลขที่........................................ออกให้ ณ .........................................เมื่อวันที่...............................อยู่บ้านเลขที่................

หมู่ที่..............ตรอก/ซอย.............................ถนน..................................................แขวง/ตำบล..........................................

เขต/อำเภอ...............................................จังหวัด.........................................โทร.......................................

 ขอมอบอำนาจให้.......................................................................................................ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประชาชน

เลขที่........................................ออกให้ ณ ......................................เมื่อวันที่.................................อยู่บ้านเลขที่.................

หมู่ที่................ตรอก/ซอย............................ถนน............................................แขวง/ตำบล..............................................

เขต/อำเภอ......................................................จังหวัด...........................................โทร.........................................

 เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน..................................................ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 แทนข้าพเจ้า และมีระยะเวลาการมอบอำนาจไม่เกินปีงบประมาณ พ.ศ.2563

 ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.........................................ผู้มอบอำนาจ

 (..........................................)

ลงชื่อ.........................................ผู้รับมอบอำนาจ

 (..........................................)

ลงชื่อ.........................................พยาน

 (..........................................)

 ลงชื่อ.........................................พยาน

 (..........................................)

**หมายเหตุ** แนบหลักฐานการมอบอำนาจ

 1. สำเนาบัตรประชาชนผู้มอบและผู้รับมอบอำนาจ

 2. กรณีคนพิการให้แนบสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาบัตรคนพิการ