



ที่ รอ ๗๑๙๑๑ / ว๖๖๕

องค์การบริหารส่วนตำบลช้างเผือก
หมู่ที่ ๗ ตำบลช้างเผือก อำเภอสุวรรณภูมิ
จังหวัดร้อยเอ็ด ๔๕๑๓๐

๑ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์การรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

เรียน กำนันตำบลช้างเผือก / ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่

ด้วย องค์การบริหารส่วนตำบลช้างเผือก ได้ดำเนินการลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ให้มาลงทะเบียนผู้มีสิทธิเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ตั้งแต่วันที่ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ ในวันและเวลาราชการ ณ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลช้างเผือก นั้น

ดังนั้น เพื่อการลงทะเบียนดังกล่าวฯ เป็นไปด้วยความทั่วถึง องค์การบริหารส่วนตำบลช้างเผือก จึงขอความร่วมมือจากท่านให้ประชาสัมพันธ์ในการลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ทั้งนี้หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดีเช่นเคยและขอขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้ (รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่ส่งมาพร้อมนี้)

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการประชาสัมพันธ์ให้ทราบโดยทั่วกัน

ขอแสดงความนับถือ

(นายสันติภาพ สุวรรณโท)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลช้างเผือก

กองสวัสดิการสังคม

โทร. ๐ ๔๓๐๓๐ ๑๖๙

“ชื่อสัตย์ สุจริต มุ่งผลสัมฤทธิ์ของงาน ยึดมั่นมาตรฐาน บริการด้วยใจเป็นธรรม”

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ อื่นๆ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐ แล้ว ☐ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้ (ลงชื่อ) (นางสิริโสภา พลศรี) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลข้างเผือก คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)
คำสั่ง ☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่นๆ..... (ลงชื่อ) (นายสันติภาพ สุวรรณโท) ตำแหน่ง นายกองค์การบริหารส่วนตำบลข้างเผือก วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....	

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้).....

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป
ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงิน
เบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง