



ที่ รอ ๑๙๙๑ / ว.๖๖

องค์การบริหารส่วนตำบลช้างเผือก
หมู่ที่ ๗ ตำบลช้างเผือก อำเภอสุวรรณภูมิ
จังหวัดร้อยเอ็ด ๔๕๑๓๐

๑ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์การรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

เรียน กำนันตำบลช้างเผือก / ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่

ด้วย องค์การบริหารส่วนตำบลช้างเผือก ได้ดำเนินการรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ให้มาลงทะเบียนผู้มีสิทธิเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ตั้งแต่บัดนี้ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ ในวันและเวลาราชการ ณ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลช้างเผือก นั้น

ดังนั้น เพื่อการรับลงทะเบียนดังกล่าวฯ เป็นไปด้วยความทั่วถึง องค์การบริหารส่วนตำบลช้างเผือก จึงขอความร่วมมือจากท่านให้ประชาสัมพันธ์ในการรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ทั้งนี้หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดีเช่นเคยและขอขอบคุณ มา ณ โอกาส นี้ (รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่ส่งมาพร้อมนี้)

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการประชาสัมพันธ์ให้ทราบโดยทั่วกัน

ขอแสดงความนับถือ

(นายสันติภาพ สุวรรณโภ)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลช้างเผือก

กองสวัสดิการสังคม

โทร. ๐ ๔๓๐๓๐ ๑๖๙

“ชื่อสัตย์ สุจริต มุ่งผลสัมฤทธิ์ของงาน ยึดมั่นมาตรฐาน บริการด้วยใจเป็นธรรม”

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

เฉพาะกรณีคนพิการมnob อำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน:ผู้ยื่นคำขอแทนฯ ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา - มารดา บุตร สามี - ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....

เลขประจำตัวประชาชน --- 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..... มีเชื้อสายในสำเนาทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....หมู่บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ ----

ประเภทความพิการ ความพิการทางการเห็น ความพิการทางสติปัญญา
 ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้
 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางอหิตสติก
 พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ.....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....
 เกี่ยวข้องโดยเป็น บิดา-มารดา บุตร สามี- ภรรยา พี่น้อง อื่นๆ

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา)
 เข้ามาอยู่ใหม่มีอีก.....

ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อื่นๆ (ระบุ).....
 มืออาชีพ (ระบุ).....รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....(บาท)
 มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล
 ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี.....ชื่อบัญชี.....

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สำเนาทะเบียนบ้าน
 สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการผ่านธนาคาร)
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจผู้ดูแลคนพิการและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและขอข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

หมายเหตุ : ให้checkช่องความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ อื่นๆ

หมายเลขอัตรประจำตัวประชาชน

- - - - แล้ว

เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน

เป็นผู้ขาดคุณสมบัติ ดังนี้

(ลงชื่อ)

(นางสิริ索ภา พลศรี)

เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลซ้างเมือง

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว
มีความเห็นดังนี้

สมควรรับลงทะเบียน ไม่สมควรรับลงทะเบียน

กรรมการ (ลงชื่อ)

(.....)

กรรมการ (ลงชื่อ)

(.....)

กรรมการ (ลงชื่อ)

(.....)

คำสั่ง

รับขึ้นทะเบียน ไม่รับขึ้นทะเบียน อื่นๆ

.....

(ลงชื่อ)

(นายสันติภาพ สุวรรณโถ)

ตำแหน่ง นายกองค์การบริหารส่วนตำบลซ้างเมือง

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยืนคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป
ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงิน
เบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง