

คู่มือสำหรับประชาชน: การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: องค์การบริหารส่วนตำบลคูเมือง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

กระทรวง: กระทรวงมหาดไทย

ชื่อกระบวนการ: การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

1. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: องค์การบริหารส่วนตำบลคูเมือง

2. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

3. หมวดยุทธศาสตร์ของงานบริการ: ชี้นะเบียน

4. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง :

1) ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562

5. พื้นที่ให้บริการ: องค์การบริหารส่วนตำบลคูเมือง

6. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

7. ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ ระบุชื่อ...องค์การบริหารส่วนตำบลคูเมือง...อำเภอ...วารินชำราบ...จังหวัด...อุบลราชธานี

รหัสไปรษณีย์...34190...เบอร์โทรหน่วยงาน...045-251835

ระยะเวลาให้บริการ เปิดให้บริการ วันจันทร์-ศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (ไม่มีพักเที่ยง)

(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

E-service		One Stop Service	
ช่องทาง	ส่วนงานที่รับผิดชอบ	สถานที่ตั้ง	ส่วนงานที่รับผิดชอบ
-	-	องค์การบริหารส่วนตำบลคูเมือง หมู่ที่ 4 ต.คูเมือง อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี	สำนักปลัด (งานพัฒนาชุมชน)

8. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562 ให้คนพิการที่ได้จดทะเบียนคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยคนพิการด้วยตนเองที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือ สถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด และมีสิทธิรับเบี้ยยังชีพคนพิการในเดือนถัดไป

9. หลักเกณฑ์ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

1. มีสัญชาติไทย

2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน

3. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการคุณภาพชีวิตคนพิการ

4. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการโดยรับเงินสดด้วยตนเอง หรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี

ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบ คนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว

ขั้นตอนการยื่นคำขอ

1. ให้คนพิการที่ได้จดทะเบียนคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยคนพิการด้วยตนเองที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด และมีสิทธิรับเบี้ยยังชีพคนพิการในเดือนถัดไป โดยมีเอกสารที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยคนพิการรับรองสำเนาถูกต้อง ดังต่อไปนี้

(1) บัตรประจำตัวคนพิการ

(2) ทะเบียนบ้าน

(3) สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารสำหรับโอนกรณีของผู้ขอรับเงินเบี้ยคนพิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความ

พิการ ผ่านธนาคาร

2. กรณีคนพิการซึ่งได้รับเงินเบี้ยคนพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนึ่งและย้ายภูมิลำเนา ให้คนพิการนั้นไปลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยคนพิการต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป และให้ได้รับเงินเบี้ยคนพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ในเดือนถัดไป

3. กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยคนพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณที่ผ่านมา ให้ถือว่าเป็นผู้ได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยคนพิการตามระเบียบนี้แล้ว

วิธีการจ่ายเบี้ยคนพิการ

1. การจ่ายเบี้ยคนพิการให้แก่ผู้มีสิทธิตามระเบียบนี้ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจ่ายเป็นเงินสด หรือโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยคนพิการ หรือในนามผู้ดูแลคนพิการเป็นรายเดือนภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน

2. การจ่ายเงินให้แก่ผู้ดูแลคนพิการต้องตรวจสอบจนแน่ใจว่าเป็นบุคคลเดียวกับผู้ดูแลคนพิการและต้องได้รับการยืนยันว่าผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยคนพิการยังมีชีวิตอยู่

10. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาดำเนินการรวม 15 นาที

ลำดับ	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยคนพิการหรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ	10 นาที	สำนักปลัด (งานพัฒนาชุมชน)	1.) ระยะเวลา : 10 นาที (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง) 2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ องค์กรบริหารส่วนตำบลคูเมือง
2)	การพิจารณา	ออกใบรับลงทะเบียนตามแบบยื่นคำขอลงทะเบียนให้ผู้ลงทะเบียน	5 นาที	สำนักปลัด (งานพัฒนาชุมชน)	1.) ระยะเวลา : 5 นาที (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง) 2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ องค์กรบริหารส่วนตำบลคูเมือง

11. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

11.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ลำดับ	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการคุณภาพชีวิตคนพิการพร้อมสำเนา	สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานี	1	1	ชุด	-
2)	ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา		1	1	ชุด	-
3)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา(กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)		1	1	ชุด	-
4)	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้ดูแลคนพิการผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี (กรณียื่นคำขอแทน)		1	1	ชุด	-
5)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี (กรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบ คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือคนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณีการยื่นคำขอแทนต้องแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว)		1	1	ชุด	-

11.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ลำดับ	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
ไม่พบเอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม						

12. ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท/ร้อยละ)
	ไม่มีค่าธรรมเนียม	

13. ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	ชื่อ องค์การบริหารส่วนตำบลคูเมือง หมายเหตุ : หมู่ที่ 4 ตำบลคูเมือง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34190 โทร 045 - 251835 เว็บไซต์ของหน่วยงาน www.kumuang.go.th
2)	

14. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
1)	แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567
2)	ตัวอย่างการกรอก แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา- มารดา บุตร สามเณร-ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน -- - ที่อยู่.....

..... รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่น ๆ (ระบุ).....

ชื่อ.....นามสกุล.....

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

หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่บ้าน.....

ตำบล ..คูเมือง อำเภอ วารินชำราบ จังหวัด อุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34190 โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวของคนพิการ/ประชาชนที่ยื่นคำขอ - - -

ประเภทความพิการ ความพิการทางการเห็น ความพิการทางสติปัญญา

ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้

ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางออทิสติก

ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี.....

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย”

“ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> -□□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย <input type="checkbox"/> เป็นผู้ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลคูเมือง คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)
คำสั่ง <input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ..... (ลงชื่อ) (.....) นายกองค้การบริหารส่วนตำบลคูเมือง วัน/เดือน/ปี.....	

ตัดตามรอยเส้นประให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้ ทะเบียนเลขที่...../.....

(นาย/นาง/นางสาว/ด.ช/ด.ญ).....นามสกุล.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ
ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....ในอัตราเดือนละ 800 บาท 1,000. บาท กรณีคนพิการย้าย
ภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่โดยทันที ทั้งนี้เพื่อ
เป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการ

(ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ).....ผู้รับลงทะเบียน
(.....) (.....)
ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิด- มารดา บุตร สามเณร-ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน -- - ที่อยู่.....

..... รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลคูเมือง

วันที่..... 5..... เดือน..... มีนาคม..... พ.ศ. 2567.....

คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่น ๆ (ระบุ).....

ชื่อ..... สุขใจ..... นามสกุล..... ใจดีศรีรับ.....

เกิดวันที่..... 9..... เดือน..... มกราคม..... พ.ศ. 2518..... อายุ..... 50..... ปี สัญชาติ..... ไทย..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่..... 555.....

หมู่ที่..... 1..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... หมู่บ้าน..... คูเมืองกลาง..... ตำบล..... คูเมือง..... อำเภอ..... วารินชำราบ..... จังหวัด..... อุบลราชธานี

รหัสไปรษณีย์..... 34190..... โทรศัพท์..... 055 - 5555555.....

หมายเลขบัตรประจำตัวของคนพิการ/ประชาชนที่ยื่นคำขอ - - -

ประเภทความพิการ ความพิการทางการเห็น ความพิการทางสติปัญญา

ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้

ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางจิต

ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่

เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

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

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

มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคาร..... ธกส..... สาขา..... วารินชำราบ..... เลขที่บัญชี..... 01850 000000.....

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย”

“ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอมให้

ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ)..... สุขใจ..... ใจดีศรีรับ.....

(ลงชื่อ).....

(นายสุขใจ ใจดีศรีรับ)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

