



บัตรประจำตัวคนพิการ

และ

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงิน

“เบี้ยความพิการ”

บัตรประจำตัวคนพิการ

ตามระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ การออกบัตรและการกำหนดเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการ การกำหนดสิทธิหรือการเปลี่ยนแปลงสิทธิและการขอสละสิทธิของคนพิการ และอายุบัตรประจำตัวคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๖ กำหนดการออกบัตรประจำตัวคนพิการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน

การยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ

ดำเนินการยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการด้วยตนเองได้ที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด/อำเภอที่มีศูนย์บริการแบบเบ็ดเสร็จ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หน่วยงานอื่น ๆ ของรัฐตามที่ผู้ว่าราชการจังหวัดประกาศกำหนด หรือติดต่อที่กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์ ให้เป็นผู้ประสานการทำบัตรประจำตัวคนพิการ

คุณสมบัติของคนพิการที่ยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ

1. มีสัญชาติไทย
2. บุคคลที่ยังไม่ได้แจ้งเกิด หรือบุคคลที่ไม่ปรากฏแน่ชัดว่าสัญชาติไทยต้องดำเนินการตามขั้นตอนตามพระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎรพ.ศ.2534 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) ก่อน

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ

1. เอกสารหลักฐานของคนพิการ

- | | | | |
|---|-------|---|------|
| 1.1 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| หรือสำเนาสูติบัตรของคนพิการ (สำหรับผู้ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี) | | | |
| 1.2 สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 1.3 รูปถ่ายคนพิการขนาด 1 นิ้ว (ถ่ายมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน) | จำนวน | 2 | รูป |
| 1.4 เอกสารรับรองความพิการ ซึ่งรับรองโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| ของสถานพยาบาลรัฐหรือเอกชนที่อธิบดีประกาศกำหนด (ฉบับจริง) | | | |
| 1.5 สภาพความพิการเป็นที่เห็นได้โดยประจักษ์ ให้ถ่ายสภาพความพิการไว้เป็นหลักฐาน | | | |

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับ คนพิการที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

2. เอกสารหลักฐานของผู้ดูแลคนพิการ (เป็นผู้ซึ่งมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเดียวกันกับคนพิการ หรือเป็นผู้ดูแลคนพิการซึ่งคนพิการอาศัยอยู่ด้วยตามความเป็นจริง)

- | | | | |
|---------------------------------------|-------|---|------|
| 2.1 สำเนาบัตรประชาชนของผู้ดูแลคนพิการ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 2.2 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ | จำนวน | 1 | ฉบับ |

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับ ผู้ดูแลคนพิการที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

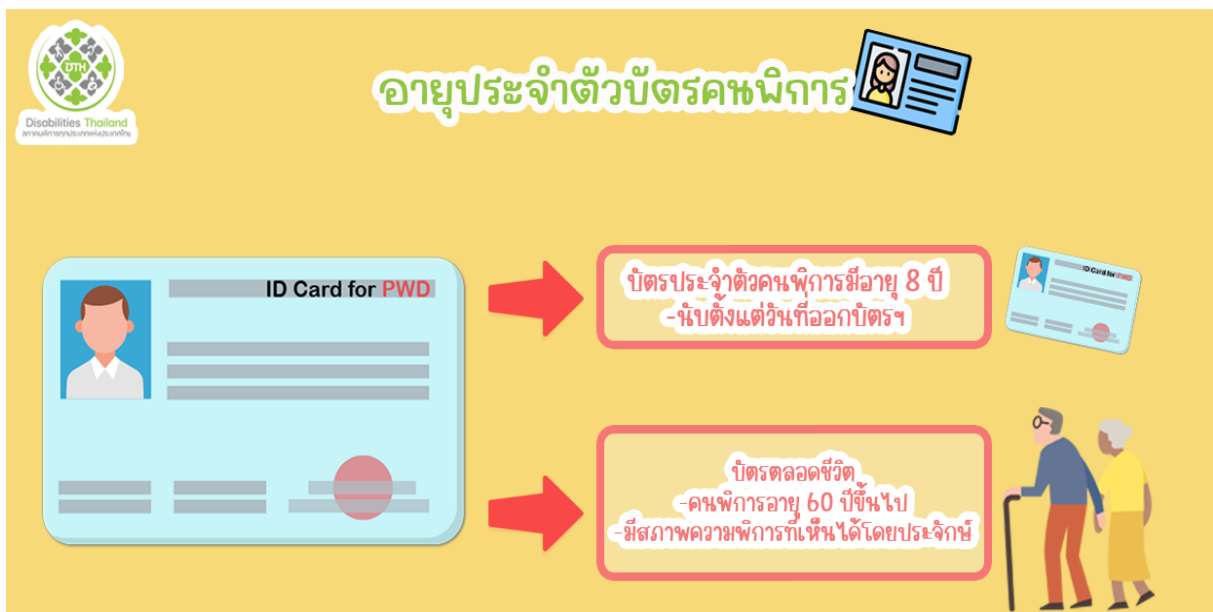
กรณีคนพิการกับผู้ดูแลคนพิการคนใหม่อยู่คนละทะเบียนบ้านกัน ต้องมีหนังสือรับรอง (ติดต่อบริษัทที่กองสวัสดิการสังคม) ว่าเป็นผู้ดูแลคนพิการจริง โดยให้กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกสภาท้องถิ่น ประธานชุมชน ลูกจ้างประจำ (หน่วยงานราชการ, รัฐวิสาหกิจ) เป็นผู้รับรอง พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวของผู้รับรอง (ลงลายมือชื่อสำเนาถูกต้อง) จำนวน 1 ฉบับ โดยผู้รับรองต้องอาศัยอยู่หรือปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่เดียวกับคนพิการอาศัยอยู่ในปัจจุบัน

กรณีคนพิการเป็นผู้เยาว์ คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือคนไร้ความสามารถ หรือมีความพิการมาก ไม่สามารถดำเนินการยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการด้วยตนเองได้ สามารถให้ผู้ปกครอง ผู้ดูแล หรือมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการแทนได้ โดยมีเอกสารประกอบ ดังนี้

- | | | | |
|---|-------|---|------|
| 1. หนังสือมอบอำนาจ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ (คนพิการ) | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| หรือสำเนาสูติบัตรของคนพิการ (สำหรับผู้ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี) | | | |
| 3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 4. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มอบอำนาจ (คนพิการ) | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 5. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ | จำนวน | 1 | ฉบับ |

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการที่ไม่สามารถเขียนได้ ให้พิมพ์ลายมือแทน

เมื่อคนพิการหรือผู้รับมอบอำนาจทำการยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการแล้ว เจ้าหน้าที่กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์ จะดำเนินการส่งเอกสารหลักฐานต่าง ๆ ไปที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชลบุรี หรือหน่วยงานอื่น ๆ ของรัฐตามที่ผู้ว่าราชการจังหวัดประกาศกำหนด เพื่อให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการบันทึกข้อมูลและออกบัตรประจำตัวคนพิการ เมื่อแล้วเสร็จเจ้าหน้าที่กองสวัสดิการสังคม จะทำการติดต่อให้คนพิการหรือผู้รับมอบอำนาจมารับบัตรประจำตัวคนพิการ เพื่อดำเนินการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการต่อไป



การยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการใหม่ เนื่องจากบัตรเดิมหมดอายุ ชำรุด สูญหาย มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์ ขอให้คนพิการและผู้ดูแลตรวจสอบวันหมดอายุของบัตรประจำตัวคนพิการ กรณีบัตรประจำตัวคนพิการหมดอายุ กรมบัญชีกลางจะระงับการจ่ายเบี้ยยังชีพความพิการจนกว่าจะดำเนินการต่ออายุบัตรประจำตัว หากตรวจสอบแล้วพบว่าบัตรประจำตัวคนพิการของตนหมดอายุให้เร่งดำเนินการต่ออายุทันที และให้แจ้งข้อมูลของบัตรประจำตัวคนพิการฉบับใหม่กับเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์เพื่อจะดำเนินการปรับปรุงฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบันและจะได้รับสิทธิ์เบี้ยยังชีพความพิการต่อไป

โดยสามารถยื่นล่วงหน้าก่อนวันหมดอายุ 1 เดือน และยื่นหลังจากหมดอายุไม่เกิน 1 ปี ถ้าเกิน 1 ปีต้องดำเนินการขอเอกสารรับรองความพิการใหม่

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการใหม่

- | | | | |
|---|-------|---|------|
| 1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| หรือสำเนาสูติบัตรของคนพิการ (สำหรับผู้ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี) | | | |
| 2. สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 3. รูปถ่ายคนพิการขนาด 1 นิ้ว (ถ่ายมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน) | จำนวน | 2 | รูป |
| 4. บัตรคนพิการที่หมดอายุแล้ว | | | |

หมายเหตุ: 1) สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับ คนพิการที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน
2) กรณีมีผู้ดูแลอยู่แล้วและไม่ประสงค์เปลี่ยนแปลงผู้ดูแล ไม่ต้องยื่นเอกสารของผู้ดูแล

กรณีคนพิการเป็นผู้เยาว์ คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือคนไร้ความสามารถ หรือมีความพิการมากไม่สามารถดำเนินการยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการใหม่ด้วยตนเองได้ สามารถให้ผู้ปกครอง ผู้ดูแล หรือมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการใหม่แทนได้ โดยมีเอกสารประกอบ ดังนี้

- | | | | |
|---|-------|---|------|
| 1. หนังสือมอบอำนาจ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ (คนพิการ) | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| หรือสำเนาสูติบัตรของคนพิการ (สำหรับผู้ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี) | | | |
| 3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 4. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มอบอำนาจ (คนพิการ) | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 5. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ | จำนวน | 1 | ฉบับ |

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

การเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ

การดำเนินการเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ ต้องได้รับการยินยอมจากคนพิการและผู้ดูแลเดิม สามารถติดต่อได้ที่สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชลบุรี หรือติดต่อที่กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอการเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ

1. เอกสารหลักฐานของคนพิการ

1.1 บัตรประจำตัวคนพิการ (ตัวจริง)

1.2 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการ จำนวน 1 ฉบับ
หรือสำเนาสูติบัตรของคนพิการ (สำหรับผู้ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี)

1.2 สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ จำนวน 1 ฉบับ

1.3 รูปถ่ายคนพิการขนาด 1 นิ้ว (ถ่ายมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน) จำนวน 2 รูป

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับ คนพิการที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

2. เอกสารหลักฐานของผู้ดูแลคนพิการคนเดิม

2.1 สำเนาบัตรประชาชนของผู้ดูแลคนพิการคนเดิม จำนวน 1 ฉบับ

2.2 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการคนเดิม จำนวน 1 ฉบับ

2.3 สำเนาใบมรณะ (กรณีผู้ดูแลคนเดิมเสียชีวิต) จำนวน 1 ฉบับ

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับ ผู้ดูแลคนพิการที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

3. เอกสารหลักฐานของผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ (เป็นผู้ซึ่งมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเดียวกันกับคนพิการ หรือเป็นผู้ดูแลคนพิการซึ่งคนพิการอาศัยอยู่ด้วยตามความเป็นจริง)

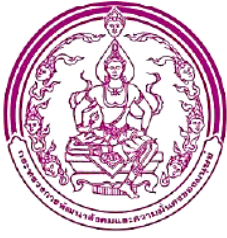
3.1 หนังสือยินยอมให้เปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ จำนวน 1 ฉบับ

3.2 สำเนาบัตรประชาชนของผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ จำนวน 1 ฉบับ

3.3 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ จำนวน 1 ฉบับ

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับ ผู้ดูแลคนพิการที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

กรณีคนพิการกับผู้ดูแลคนพิการคนใหม่อยู่คนละทะเบียนบ้านกัน ต้องมีหนังสือรับรอง (ติดต่อบริษัทที่กองสวัสดิการสังคม) ว่าเป็นผู้ดูแลคนพิการจริง โดยให้กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกสภาท้องถิ่น ประธานชุมชน ลูกจ้างประจำ (หน่วยงานราชการ, รัฐวิสาหกิจ) เป็นผู้รับรอง พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวของผู้รับรอง (ลงลายมือชื่อสำเนาถูกต้อง) จำนวน 1 ฉบับ โดยผู้รับรองต้องอาศัยอยู่หรือปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่เดียวกับคนพิการอาศัยอยู่ในปัจจุบัน



แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปถ่าย
คนพิการ

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

- ☐ ขอมีบัตรครั้งแรก
- ☐ ขอมีบัตรเนื่องจาก ☐ บัตรเดิมหมดอายุ ☐ ขำรุต
☐ สูญหาย ☐ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ
☐ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

- ๑.๑ คำนานนาม ☐ 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 ที่อยู่ปัจจุบัน 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

๑.๑๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

- ☐ ทางกาเห็น ☐ ทางกาไดยินหรือสื่อความหมาย ☐ ทางกาเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
☐ ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ ทางสติปัญญา ☐ ทางกาเรียนรู้ ☐ ทางอหิสติก

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ☐ ไม่มี ☐ มี (กรอกข้อมูลข้อ ๓.๒)

๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(๑) คำนานี้ นานี้ ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ(ระบุ)

(๒) ชื่อ..... นามสกุล.....

(๓) เลขประจำตัวประชาชน - - - -

เลขหนังสือเดินทาง (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)

(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ☐ บิดมารดา ☐ บุตร ☐ สามีหรือภรรยา ☐ พี่น้อง
☐ ปู่ย่าตายาย ☐ ลุงป้า น้าอา ☐ บุคคลอื่น (ระบุ).....

(๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....

(๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล..... บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ.....

(.....)

คนพิการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน

เลขประจำตัวประชาชน - - - -

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน ☐ เห็นควร ☐ ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

☐ อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ

☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

☐ ความเห็นอื่น ๆ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

หนังสือมอบอำนาจ

เรื่อง.....การขอมิบัติประจำตัวคนพิการ.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....๒๕.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... ซอย.....

หมู่..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

ได้มอบอำนาจให้.....

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... ซอย.....

หมู่..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจดำเนินการขอมิบัติประจำตัวคนพิการ กรณีการต่ออายุบัตร กรณีบัตรสูญหาย กรณีบัตรชำรุด กรณีเปลี่ยนแปลงสาระสำคัญบัตรประจำตัวคนพิการ หรือการอื่นใดแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการ ด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน
(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ ๑. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน

๒. พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ อย่างละ ๑ ชุด

ใบมอบอำนาจทำบัตรประจำตัวคนพิการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เขียนที่.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

ซึ่งเป็นผู้พิการ อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....ออกเมื่อวันที่.....วันหมดอายุ.....

ขอมอบอำนาจให้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

เกี่ยวข้องกับคนพิการเป็น.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....เป็นผู้ดำเนินการ

☐ ทำบัตรประจำตัวคนพิการ / ต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ / แทนข้าพเจ้า

☐ เพิ่มผู้ดูแล ชื่อ-สกุล.....เป็นผู้ดูแลข้าพเจ้า

☐ เปลี่ยนผู้ดูแล จากเดิม ชื่อ-สกุล.....
เปลี่ยนเป็น ชื่อ-สกุล.....บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

☐ อื่นๆ.....

แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจของข้าพเจ้าได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการเองด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ (ผู้พิการ)

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

****แนบสำเนาบัตรประชาชนพร้อมลงลายมือชื่อทุกคน****

หมายเหตุ - การรับรองเอกสารอันเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา

หนังสือยินยอมให้เปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....

ออกให้โดย.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....

ในฐานะเป็น ผู้พิการ เดิมมี นาย/นาง/นางสาว.....เป็นผู้ดูแลพิการ มีชื่อที่ปรากฏ
ในบัตรประจำตัวคนพิการ

ข้าพเจ้ายินยอมให้เปลี่ยนแปลงผู้ดูแลใหม่ จากเดิม นาย/นาง/นางสาว.....

เปลี่ยนเป็น นาย/นาง/นางสาว.....

บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....

โดยผู้ดูแลคนพิการคนใหม่มีความเกี่ยวพันเป็น.....กับผู้พิการ เพื่อให้ใช้หนังสือฉบับนี้เป็น

หลักฐานประกอบการขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อผู้ยินยอม

(.....)

ผู้พิการ

ลงชื่อ.....ผู้ดูแลใหม่

(.....)

แนบสำเนาบัตรประชาชนพร้อมลงลายมือชื่อ } ลงชื่อ.....ผู้ดูแลเดิม
(.....)

หมายเหตุ : การรับรองเอกสารอันเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางและทางอาญา

หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ชื่อผู้รับรอง).....อายุ.....ปี
บัตรประจำตัวข้าราชการ/บัตรประจำตัวพนักงาน เลขที่.....
ตำแหน่ง..... ออกให้โดย.....
วันหมดอายุ..... มีสถานภาพเป็น

- ☐ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ☐ ข้าราชการ ☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ สมาชิกสภาท้องถิ่น
☐ ประธานชุมชน ☐ พนักงานราชการ ☐ ลูกจ้างประจำ (ของหน่วยงานราชการ, รัฐวิสาหกิจ)

อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
โทรศัพท์..... ซึ่งอาศัย หรือปฏิบัติหน้าที่ อยู่ในพื้นที่เดียวกันกับคนพิการพักอาศัยอยู่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า (ชื่อผู้ดูแล).....
เป็นผู้ดูแลคนพิการชื่อ (ชื่อคนพิการ).....เลขประจำตัวประชาชน
.....-.....-.....จริง โดยผู้ดูแลคนพิการ มีความเกี่ยวพันเป็น.....
กับคนพิการ และเป็นผู้ดูแลคนพิการ ซึ่งปัจจุบันพักอาศัยอยู่บ้านหลังเดียวกันจริง ทั้งนี้เพื่อให้หนังสือรับรองฉบับนี้
เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา

- ☐ ออกบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ เปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ ☐ เพิ่มชื่อผู้ดูแลคนพิการ

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

แนบสำเนาบัตรประจำตำแหน่ง พร้อมลงลายมือชื่อ กรณีไม่มีบัตรประจำตำแหน่ง ให้ใช้หนังสือแต่งตั้งและ สำเนาบัตรประชาชนพร้อมลงลายมือชื่อ	}	ลงชื่อ.....ผู้รับรอง (.....) ตำแหน่ง.....
พยานแนบสำเนาบัตรประชาชนพร้อมลงลายมือชื่อ		ลงชื่อ.....พยาน (.....) ลงชื่อ.....พยาน (.....)

หมายเหตุ :

- บัตรประจำตัวกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกสภาท้องถิ่น ประธานชุมชน
พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พร้อมรับรองสำเนาบัตรประจำตัวมาด้วย
- การรับรองเอกสารอันเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม กำหนดให้คนพิการที่ได้จดทะเบียนคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา และมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป

คุณสมบัติของคนพิการที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการ

1. มีสัญชาติไทย
2. มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์
3. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
4. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

เอกสารหลักฐานในการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

1. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ	จำนวน	1	ฉบับ
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	จำนวน	1	ฉบับ
3. สำเนาทะเบียนบ้าน	จำนวน	1	ฉบับ
4. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร	จำนวน	1	ฉบับ

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับ คนพิการที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

กรณีที่คนพิการไม่สามารถดำเนินการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองได้ สามารถมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการแทนได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับกองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์ โดยมีเอกสารประกอบ ดังนี้

1. หนังสือมอบอำนาจ	จำนวน	1	ฉบับ
2. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ	จำนวน	1	ฉบับ
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ (คนพิการ)	จำนวน	1	ฉบับ
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ	จำนวน	1	ฉบับ
4. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มอบอำนาจ (คนพิการ)	จำนวน	1	ฉบับ
5. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ	จำนวน	1	ฉบับ
6. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (คนพิการ หรือผู้รับมอบอำนาจ)	จำนวน	1	ฉบับ

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับ คนพิการที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

กรณีที่คนพิการได้รับเงินเบี้ยความพิการอยู่แล้ว และได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์ ให้คนพิการมาลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการที่เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์อีกครั้งหนึ่งและให้ได้รับเบี้ยความพิการจากเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์ในเดือนถัดไป ทั้งนี้ ต้องได้รับการยืนยันจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมที่จ่ายเงินเบี้ยความพิการเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน

การจ่ายเงินเบี้ยความพิการ



การสิ้นสุดการได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

1. ตาย
2. ขาดคุณสมบัติ
3. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยความพิการ
4. ย้ายทะเบียนบ้านไปนอกเขตเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์

ขั้นตอนการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

คนพิการมาลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการพร้อมเอกสารหลักฐาน
ณ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์
(วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เว้นวันหยุดราชการ ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น.)
(ใช้เวลาประมาณ 3 นาที)



- เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน
 - สอบถามข้อมูล
 - บันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพของอปท.
- (ใช้เวลาประมาณ 3 นาที)



รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
(ใช้เวลาประมาณ 1 วัน)



เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)
(ใช้เวลาประมาณ 1 วัน)



ประกาศรายชื่อผู้มาลงทะเบียนและยื่นคำขอฯ ในแต่ละเดือน
(เป็นระยะเวลา 15 วัน)



กรมบัญชีกลางโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารของคนพิการทุกวันที่ 10 ของเดือน

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา - มารดา ☐ บุตร ☐ สามเ - ภรรยา ☐ พี่-น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ ☐ อื่น ๆ

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ)

เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ ที่อยู่

..... โทรศัพท์

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

ชื่อ..... นามสกุล.....

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

บ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ ซอย..... ถนน..... หมู่บ้าน/ชุมชน.....

ตำบล.....นางจอมเทียน.....อำเภอ.....สัตหีบ.....จังหวัด.....ชลบุรี.....รหัสไปรษณีย์.....20250.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้

☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางออกัสติค

☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

อาชีพ..... รายได้ต่อเดือน..... (บาท)

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

☐ ได้รับเงินเบี้ยความพิการ ☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร) ☐ บัตรประจำตัวคนพิการ

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

☐ บัญชีเงินฝากธนาคาร

บัญชีเลขที่..... ชื่อบัญชี.....

☐ "ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้อความ และเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย"

☐ "ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ"

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ เด็กชาย/เด็กหญิง/นาย/นาง/นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีตำบลเขาชีจรรย์ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)
--	---

คำสั่ง
☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่น ๆ
.....

(ลงชื่อ)
(.....)
นายกเทศมนตรีตำบลเขาชีจรรย์
วัน/เดือน/ปี

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.
การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยจะได้รับเงิน
เบี้ยความพิการตั้งแต่เดือน..... พ.ศ. ในอัตราเดือนละ..... บาท ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน
กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
แห่งใหม่โดยทันที ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำขอ/รับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและเบี้ยความพิการ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน
เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....เกี่ยวพันเป็น.....
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....ออกให้ ณ
เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

- เป็นผู้มีอำนาจ ☐ ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ
☐ รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านบัญชีธนาคาร แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ
☐ ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ
☐ รับเงินเบี้ยความพิการผ่านบัญชีธนาคาร แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

ใบคำร้อง

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
หมายเลขโทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอเปลี่ยนแปลงวิธีการรับเงินเบี้ยยังชีพ ☐ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ เบี้ยความพิการ
☐ เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
จากเดิม
☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดมอบอำนาจให้.....
☐ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....ธนาคาร.....
สาขา.....

เปลี่ยนเป็น
☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดมอบอำนาจให้.....
☐ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....ธนาคาร.....
สาขา.....

เหตุผลและความจำเป็น
เนื่องจาก

โดยข้าพเจ้าได้แนบหนังสือมอบอำนาจมาพร้อมคำร้องฉบับนี้แล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับคำร้อง
(.....)

ตำแหน่ง.....