**ทะเบียนเลขที่…................/ 25…..**

**แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ**

|  |
| --- |
| **เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน**  ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น............................................................กับผู้สูงอายุที่ขอลงทะเบียน  ชื่อ – สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ) ...............................................................................................เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ  □-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่...................................................................................  ................................................................................โทรศัพท์.............................................................................. |

**ข้อมูลผู้สูงอายุ** เขียนที่................................................................

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

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ..................................................นามสกุล.......................................................

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

ทะเบียนบ้านเลขที่.............................หมู่ที่/ชุมชน............................ตรอก/ซอย.......................ถนน............................. .....................

ตำบล...........................อำเภอ.................................จังหวัด...............................................รหัสไปรษณีย์.............................................

โทรศัพท์................................................................................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

สถานภาพสมรส □ โสด □ สมรส □ หม้าย □ หย่าร้าง □ แยกกันอยู่ □ อื่น ๆ ………………………

รายได้ต่อเดือน........................................บาท อาชีพ.......................................................................

**ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ**

□ ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ □ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

□ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ □ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ...............................................................

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

□ รับเงินสดด้วยตนเอง □ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

□ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ □ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

**พร้อมเอกสารดังนี้**

□ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย □ สำเนาทะเบียนบ้าน

□ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

□ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

□ สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคาร ..........................................บัญชีเลขที่...............................................ชื่อบัญชี...................................

**□ “ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ บำเหน็จรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”**

**□ “ข้าพเจ้ายินยอมให้นำเข้าข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นและยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”**

(ลงชื่อ).......................................................... (ลงชื่อ)...........................................................

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

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

**หมายเหตุ** ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย 🗸 ในช่อง □ หน้าข้อความที่ต้องการ

-2-

|  |  |
| --- | --- |
| **ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน**  เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ  ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว................  ………………………………………………………………………………………..  หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน  □-□□□□-□□□□□-□□-□  □ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน  □ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้  .................................................................................................  .................................................................................................  (ลงชื่อ)..............................................................................  ( )  เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน | **ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**  เรียน นายกเทศมนตรีตำบลบางจาก  คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้  □ สมควรรับลงทะเบียน □ ไม่สมควรรับลงทะเบียน  กรรมการ (ลงชื่อ).............................................................  ( )  กรรมการ (ลงชื่อ).............................................................  ( )  กรรมการ (ลงชื่อ).............................................................  ( ) |
| **คำสั่ง**  □ รับลงทะเบียน □ ไม่รับลงทะเบียน □ อื่นๆ...................................................................................................  (ลงชื่อ).........................................................  ( )  นายกเทศมนตรีตำบลบางจาก  วัน/เดือน/ปี............................................. | |

ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้ .

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยจะได้รับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน ***ในอัตราแบบขั้นบันได ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน*** โดยได้รับตั้งแต่เดือน............................................พ.ศ. ................................................................ กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียน ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนกันยายน ของปีนั้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมจนสิ้นปีงบประมาณที่ได้ลงทะเบียนไว้ และรับที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ในปีงบประมาณถัดไป

ทะเบียนเลขที่............../........

**แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2๕......**

**เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน** : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น □ บิดา-มารดา □ บุตร □ สามี-ภรรยา □ พี่น้อง □ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ

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

เลขประจำตัวประชาชน \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ \_ - \_ \_ - \_ ที่อยู่ ................................................................................................

.................................................................................................โทรศัพท์ ...............................................................................

เขียนที่.............................................................................................

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

คำนำหน้านาม □ เด็กชาย □ เด็กหญิง □ นาย □ นาง □ นางสาว □ อื่นๆ (ระบุ)..................................................

ชื่อ.................................................................................................นามสกุล............................................................................................

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

ทะเบียนบ้านเลขที่.........................หมู่ที่ ........................ชุมชน........................................................... ถนน..........................................

ตำบล บางจาก อำเภอ เมือง จังหวัด นครศรีธรรมราช รหัสไปรษณีย์ 80330 .

โทรศัพท์.................................................................................................................................................................................................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

ประเภทความพิการ □ ความพิการทางการมองเห็น □ ความพิการทางสติปัญญา

□ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย □ ความพิการทางการเรียนรู้

□ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย □ ความพิการทางออทิสติก

□ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

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

**ข้อมูลทั่วไป :** สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ □ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ

□ เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ....................................................................................................................................................□ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ □ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ □ อื่นๆ(ระบุ)..............................................................

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

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

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

□ รับเงินสดด้วยตนเอง □ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

□ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ □ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคาร.....................................................................................................สาขา ............................................................................. เลขที่บัญชี □□□-□-□□□□□-□

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

□ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ □ สำเนาทะเบียนบ้าน

□ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

□ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)............................................................. (ลงชื่อ)............................................................

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

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการกรอก และทำเครื่องหมาย 🗸 ในช่อง □ หน้าข้อความที่ต้องการ

-2-

|  |  |
| --- | --- |
| **ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน**  เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ  ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว................  ………………………………………………………………………………………..  หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน  □-□□□□-□□□□□-□□-□  □ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน  □ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้  .................................................................................................  .................................................................................................  (ลงชื่อ)..............................................................................  ( )  เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน | **ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**  เรียน นายกเทศมนตรีตำบลบางจาก  คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้  □ สมควรรับลงทะเบียน □ ไม่สมควรรับลงทะเบียน  กรรมการ (ลงชื่อ).............................................................  ( )  กรรมการ (ลงชื่อ).............................................................  ( )  กรรมการ (ลงชื่อ).............................................................  ( ) |
| **คำสั่ง**  □ รับลงทะเบียน □ ไม่รับลงทะเบียน □ อื่นๆ...................................................................................................  (ลงชื่อ).........................................................  ( )  นายกเทศมนตรีตำบลบางจาก  วัน/เดือน/ปี............................................. | |

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้ .

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 25….. โดยจะเริ่มรับเงิน เบี้ยความพิการ ในเดือนถัดไปเมื่อประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิแล้ว และจะรับในอัตราเดือนละ 800 บาท ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายที่อยู่ไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่

(ลงชื่อ)............................................................

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

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

**หนังสือมอบอำนาจ**

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

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

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า................................................................ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร....................................

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

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

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

ขอมอบอำนาจให้...............................................................ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร...................................................

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

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

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

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน................................................................. แทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้

กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

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

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

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

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

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

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

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

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