ตัวอย่างแบบฟอร์มคำขอขึ้นทะเบียน

ทะเบียนเลขที่......................../25.....

**แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐**

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

 ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น..................................กับผู้สูงอายุที่ขอขึ้นทะเบียน 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................ มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่..............หมู่ที่............. ซอย.......................................ถนน........................................................................ตำบล...................................อำเภอ.................................................จังหวัด............................รหัสไปรษณีย์.......................... โทรศัพท์................................................................................................................................................................................หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□–□□-□

สถานภาพ □ โสด □ สมรส □ หม้าย □ แยกกันอยู่ □ อื่น ๆ...................................

รายได้ต่อเดือน................................................................................อาชีพ..............................................................................

**ข้อมูลทั่วไป :** สถานภาพการรับสวัสดิการของรัฐ

□ ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ □ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

□ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ □ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่เมื่อ.................................................................

 มีความประสงค์จะขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 25๖๐ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1วิธี)

□ รับเงินสดด้วยตนเอง □ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

□ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ □ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

 พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

□ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย □ สำเนาทะเบียนบ้าน

□ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร(ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

□ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

 “**ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ บำนาญรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”**

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

 ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

**หมายเหตุ** ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย / ในช่อง □ หน้าข้อความที่ต้องการ

-2-

|  |  |
| --- | --- |
| **ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน**เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบคุณสมบัติหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน□-□□□□-□□□□□–□□-□ ของนาย/นาง/นางสาว..............................................................แล้ว □ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน □ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้............................................................................................(ลงชื่อ).............................................................................. (..............................................................................)เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน | **ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**เรียน นายก เทศมนตรี/อบต.................................................... คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมีความเห็นดังนี้□ สมควรรับขึ้นทะเบียน □ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียนกรรมการ (ลงชื่อ)............................................................... (.................................................)กรรมการ (ลงชื่อ)........................................................ (...............................................)กรรมการ (ลงชื่อ)............................................................... (...............................................)  |
| **คำสั่ง**□ รับขึ้นทะเบียน □ ไม่รับขึ้นทะเบียน □ อื่นๆ.........................................................................................................(ลงชื่อ)............................................................................. นายก เทศมนตรี/ นายก อบต.(............................................................)นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเทพรักษาวันที่.............. เดือน ................................. พ.ศ. .......................  |

 (ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำของลงทะเบียนเก็บไว้) .

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

 การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 25๖๐ โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ตั้งแต่เดือน **ตุลาคม 255๙ ถึง เดือนกันยายน 25๖๐ ในอัตราแบบขั้นบันได ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน** กรณีผู้สูงอายุย้ายที่อยู่ไปอยู่ที่อื่น**(ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๕๙ ถึงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๙)**  จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๙ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

ตัวอย่างแบบฟอร์มคำขอขึ้นทะเบียน

ทะเบียนเลขที่..................../255๘

**แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 25๖๐**

|  |
| --- |
| เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น □ บิดา – มารดา □ สามี – ภรรยา □ พี่น้อง □ ผู้ดูแลคนพิการ □ อื่น ๆ (ระบุ)............................ลงทะเบียน ชื่อ – สกุล ( ผู้รับมอบอำนาจ).........................................................................เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ ⃞ - ⃞ ⃞ ⃞ ⃞- ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ - ⃞ ⃞ - ⃞ 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..............มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน

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

ตำบล/แขวง.............................................................อำเภอ/เขต..........................................จังหวัด....................................................

รหัสไปรษณีย์.......................................................โทรศัพท์..............................................................................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ ⃞ - ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ - ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ - ⃞ ⃞ - ⃞

ประเภทคนพิการ ⃞ ความพิการทางการเห็น ⃞ ความพิการทางสติปัญญา

 ⃞ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ⃞ ความพิการทางการเรียนรู้

 ⃞ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ⃞ ความพิการทางออทิสติก

 ⃞ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

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

**ข้อมูลทั่วไป** : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ⃞ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ⃞ เคยได้รับ ( ย้ายภูมิลำเนา ) เข้ามาอยู่ใหม่

 เมื่อ...........................................................................................

 ⃞ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ⃞ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ⃞ อื่นๆ (ระบุ) .................................

 ⃞ ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเอง ⃞ มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ ⃞ ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

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

 มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชัพความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

 ⃞ รับเงินสดด้วยตนเอง ⃞ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

 ⃞ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ⃞ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร....................................................สาขา................................................เลขบัญชี ⃞ ⃞ ⃞ - ⃞ - ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ -

**พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้**

 ⃞ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือ สำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

 ⃞ สำเนาทะเบียนบ้าน

 ⃞ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้รับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินฝากธนาคาร)

 ⃞ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

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

**หมายเหตุ :** ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย √ ในช่อง ⃞หน้าข้อความที่ต้องการ

-2-

|  |  |
| --- | --- |
| ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียนเรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนนาย / นาง / นางสาว /.......................................................................หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ⃞ - ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ - ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ ⃞ - ⃞ ⃞ - ⃞ แล้ว ⃞ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน  ⃞ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ............................................................................................………………………………………………………………………………..(ลงชื่อ)...........................................................................(.........................................................................)เจ้าหน้าที่ผู้ที่รับจดทะเบียน | ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติเรียน นายกเทศมนตรี / นายก อบต........................................ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมีความเห็นดังนี้ ⃞ สมควรรับลงทะเบียน ⃞ ไม่สมควรรับลงทะเบียนกรรมการ (ลงชื่อ).............................................................. (...................................................)กรรมการ (ลงชื่อ)............................................................. (.................................................)กรรมการ (ลงชื่อ)............................................................ (................................................) |
| คำสั่ง ⃞ รับลงทะเบียน ⃞ ไม่รับลงทะเบียน ⃞ อื่น ๆ .............................................................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  (ลงชื่อ) .................................................................... นายกเทศมนตรี / นายก อบต. ............................................................................... วันที่ / เดือน / ปี ............................................................ |

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้พิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้ . ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.........................เดือน..................................................... พ.ศ. .................................................

 การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 25๖๐ โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยความพิการ**ตั้งแต่เดือนตุลาคม 255๙ ถึง เดือนกันยายน 25๖๐** ในอัตราเดือน ๘00บาท ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน กรณีผู้พิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น (ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 255๘ ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 255๙ ) จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายน 255๙ ทั้งนี้เพื่อเป็นการ เพื่อรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือมอบอำนาจ

**หนังสือมอบอำนาจ**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน........................................................................................ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ แทนข้าพเจ้า และมีระยะเวลาการมอบอำนาจไม่เกินปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

 ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่า ข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

 เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

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

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

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

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

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

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

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

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