

แบบแสดงตนเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

เลขที่รับ...../.....

“องค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี”

เขียนที่ อบต.มะลวน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ-สกุลคนพิการ.....

เลขประจำตัวประชาชน.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....
ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทร.....

☐ มาแสดงตนด้วยตนเอง

☐ มาแสดงตนแทน...ต้องมีใบมอบอำนาจ...และให้กรอกรายละเอียดหากเป็นผู้ดูแลและ
มีชื่อหลังบัตรคนพิการไม่ต้องมีใบมอบอำนาจ

ข้าพเจ้า.....

เลขที่ประจำตัวประชาชน.....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร.....

ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ จากอบต.มะลวน อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี
โดยแจ้งขอรับเงินจากอบต.มะลวน โดย

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนเป็นผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบ
กระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
พ.ศ.๒๕๕๓ และข้าพเจ้าขอรับรองว่าตั้งแต่ข้าพเจ้ารับเงินเบี้ยความพิการมาตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงปัจจุบัน ไม่เป็น
ผู้ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖ แห่งระเบียบฯ

การแสดงตนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยจะเริ่ม
รับเงินเบี้ยความพิการตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๒ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๓ ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท
ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเบี้ย
ความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ทันที ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง และหาก
คนพิการย้ายจะต้องแจ้งสำนักปลัด อบต.มะลวน ทราบก่อนจะดำเนินการย้ายเพื่อเป็นการรักษาสีทธิในการรับ
เงินดังกล่าวและเพื่อที่จะได้ประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่

ลงชื่อ.....ผู้แสดงตน
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(.....)

