



องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำชุม

เปิดรับลงทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

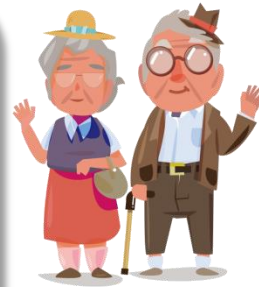
ตั้งแต่เดือน ตุลาคม ๒๕๖๑ – พฤศจิกายน ๒๕๖๑

และเดือนมกราคม ๒๕๖๒ – เดือนกันยายน ๒๕๖๒ ในเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.

ณ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำชุม

จึงขอเชิญชวน

๑. ผู้สูงอายุที่ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ในพื้นที่เขตตำบลน้ำชุม แต่ยังไม่ได้นำดำเนินการลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
๒. ผู้สูงอายุที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ แต่ไม่เคยลงทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
๓. ผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ในปีงบประมาณถัดไป (ปีงบประมาณ ๒๕๖๓) นับจนถึงวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๓ (ที่เกิดก่อน วันที่ ๒ กันยายน ๒๕๖๓)



เตรียมเอกสารหลักฐาน ดังนี้

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมเซ็นชื่อรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมเซ็นชื่อรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาสมุดบัญชี ธกส. ประเภทยอดออมทรัพย์ พร้อมเซ็นชื่อรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
๔. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นแจ้งลงทะเบียนแทน ต้องแนบสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน ทั้งผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ อย่างละ ๑ ฉบับ)

***สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ สำนักปลัด ๐๕ ๖๗๙ ๔๒๕๕ หรือ ๐๘ ๖๙๒๘ ๓๖๙๓

๑. คุณสมบัติผู้มีสิทธิ์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑.๑ มีสัญชาติไทย

๑.๒ มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตคลองสามวา

๑.๓ มีอายุ ๖๐ ปี บริบูรณ์ในปัจจุบัณประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓ นับจนถึงวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๓

(โดยเป็นผู้ที่เกิดก่อน ๒ กันยายน ๒๕๐๓) กรณีทะเบียนราษฎรไม่ปรากฏ วันที่ เดือน เกิด ให้ถือว่าบุคคลนั้นเกิดวันที่ ๑ มกราคม ของปีนั้น

๑.๔ ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ

รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษหรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ และตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘

๒. หลักฐานในการยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยผู้สูงอายุ

๒.๑ บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา

จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๒ ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๓ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์ พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๔ หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นแจ้งลงทะเบียนแทน ต้องแนบสำเนาบัตร

ประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน ทั้งผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ) อย่างละจำนวน ๑ ฉบับ

ตัวอย่างแบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

(สิ่งที่ส่งมาด้วย ๓)

ทะเบียนเลขที่ _____ / ๒๕๖๘

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุคนแรกเท่านั้นให้บุคคลที่มาร่วมยื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตัวแทนหรือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น _____ กับผู้สูงอายุที่จะลงทะเบียน
 ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ) _____ เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ _____
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ที่อยู่ _____ โทรศัทพ์ _____
 โทรศัพท์ _____

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่ _____
 วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____
 ตัวอักษรเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ _____ นามสกุล _____
 เกิดวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ อายุ _____ ปี สัญชาติ _____ มีชื่ออยู่ในสำเนา
 ทะเบียนบ้านเลขที่ _____ หมู่ที่/ชุมชน _____ ตระกูล/เคย _____ ถนน _____
 ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
 โทรศัพท์ _____
 หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ _____
 รายได้ต่อเดือน _____ บาท อาชีพ _____

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพอยู่แล้ว
☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาใหม่ เมื่อ _____

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับการมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
 พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)
☐ หนังสือมอบอำนาจหรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
☐ สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคาร _____ บัญชีเลขที่ _____ ชื่อบัญชี _____

**"ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้านั้นเป็นผู้ลงสมัครรับเลือกตั้งไม่ได้เป็นข้าราชการบำนาญพิเศษ
 บำเหน็จรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ"**

(ลงชื่อ) _____ (ลงชื่อ) _____
 (_____) (_____) _____
 ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจและคำขอ เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ใช้คำขอความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน 0-0000000000-00-0 แล้ว ☐ เป็นผู้สมัครสมัครแล้ว ☐ เป็นผู้เข้าสอบคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (นางสาวสมาน ยักษ์เรือง) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายก องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านขุน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สอดคล้องเงื่อนไข ☐ ไม่สอดคล้องเงื่อนไข กรรมการ (ลงชื่อ) () กรรมการ (ลงชื่อ) () กรรมการ (ลงชื่อ) ()
คำสั่ง ☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่น ๆ (ลงชื่อ) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านขุน วัน/เดือน/ปี	

ติดตามรอยด้นประ ให้ถึงชายฝั่งในท่าหลวงพระเนนกับไว้

ยื่นแบบคำขอจดทะเบียนเมื่อวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

การลงหนังสือแจ้งนี้ เพื่อขอรับเงินเยี่ยงยี่สิบห้ารู้อย่างน้อยโดยได้รับเงินเยี่ยงยี่สิบห้ารู้อย่างมากที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามสาระของเวลาในการลงเป็น **วิธีตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ที่ ๑๐ ของกฎ** เมื่อการมีอยู่อย่างจำเป็นทำงานไปอยู่ที่ขึ้นจะต้องไปลงทะเบียนขึ้นสำหรับเงินเยี่ยงยี่สิบห้ารู้อย่างน้อย ที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายนของปีนั้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสภาพให้ต่อเนื่อง



งานผู้พิการ

ลงทะเบียนเพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้พิการ

- ระยะเวลาลงทะเบียน : ลงได้ตลอดทั้งปี
- เอกสารที่ใช้ :
 - ๑) สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
 - ๒) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
 - ๓) สำเนาใบรับรองความพิการจากโรงพยาบาล จำนวน ๑ ฉบับ
 - ๔) สำเนาสมุดบัญชี ธกส. (สาขาในจังหวัดเท่านั้น) จำนวน ๑ ฉบับ
 - ๕) หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นแจ้งลงทะเบียนแทน ต้องแนบสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน ทั้งผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ อย่างละ ๑ ฉบับ)
- เดือนที่จะได้รับเบี้ยยังชีพ : เดือนถัดไป หลังจากเดือนที่ทำการลงทะเบียน



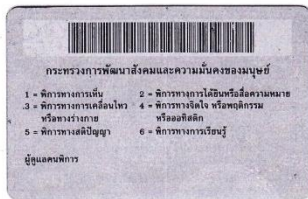
การขอมีบัตรคนพิการ

- ระยะเวลา : ตลอดทั้งปี
- เอกสารที่ใช้ : สำหรับผู้พิการ



- ๑) สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
- ๒) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
- ๓) ใบรับรองความพิการจากโรงพยาบาล (ตัวจริง) จำนวน ๑ ฉบับ
- ๔) รูปถ่าย ๑ นิ้ว จำนวน ๒ ใบ

สำหรับผู้ดูแล



- ๑) สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
- ๒) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
- ***กรณีที่ผู้ดูแลชื่ออยู่คนละทะเบียนบ้านกับผู้พิการ ต้องมีหนังสือรับรองผู้ดูแลคนพิการ จากกำนัน/ผู้ใหญ่บ้านด้วย

เพื่อความสะดวกรวดเร็ว ท่านสามารถติดต่อขอทำบัตรได้เองที่
สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดเพชรบูรณ์
และสามารถรับบัตรได้เลย ณ วันที่ขอทำบัตร

ตัวอย่างใบรับรองความพิการจากโรงพยาบาล

เอกสารรับรองความพิการ โดยพิจารณาจากความบกพร่อง

เลขที่.....

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

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง..... ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

ได้ประเมิน ค.ช. / ค.ญ. / นาย / นาง / นางสาว..... เลขประจำตัวประชาชน.....

ประเภทความบกพร่อง	ประเภทความบกพร่อง	ผลการประเมิน		ระบุรายละเอียดลักษณะความบกพร่อง / พิการ	การเกิดความบกพร่อง / พิการ	สาเหตุของความบกพร่อง / พิการ
		ไม่บกพร่อง	บกพร่อง			
๑. ทางการเห็น	- การเห็นของสายตา			() ตามปกติ	() ตั้งแต่เกิด	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ
	- สานสายตา			() ตามเส้นวาง	() ภายหลัง จำนวน.....ปี..... เดือน	() อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
๒. ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย	- การได้ยินเสียง			() หูหนวก	() ตั้งแต่เกิด	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ
	- การเข้าใจภาษาพูด			() หูตึง	() ภายหลัง จำนวน.....ปี..... เดือน	() อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ.....
	- การใช้ภาษาพูด			() สื่อความหมาย		() ไม่ทราบสาเหตุ
๓. ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย	- การเคลื่อนไหว มือ แขน ขา หรือ เท้า			() การเคลื่อนไหว	() ตั้งแต่เกิด	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ
	- ลักษณะทั่วไปของร่างกาย			() ขาดระบุ.....	() ภายหลัง จำนวน.....ปี..... เดือน	() อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ.....
				() อ่อนแรง ระบุ.....		() ไม่ทราบสาเหตุ
๔. ทางจิตใจ หรือพฤติกรรม หรืออหิสติก	- สภาวะทางจิต หรือพฤติกรรม			() ร่างกาย ระบุ.....	() ตั้งแต่เกิด	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ
	- กลุ่มอาการอหิสติก				() ภายหลัง จำนวน.....ปี..... เดือน	() อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ.....
						() ไม่ทราบสาเหตุ
๕. ทางสติปัญญา	- ความสามารถทางสติปัญญา			() พัฒนาการ	() ตั้งแต่เกิด	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ
				() สติปัญญา	() ภายหลัง จำนวน.....ปี..... เดือน	() อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ.....
๖. ทางการเรียนรู้	- ความสามารถทางการเรียนรู้				() ตั้งแต่เกิด	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ
					() ภายหลัง จำนวน.....ปี..... เดือน	() อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ.....

สรุปผลการวินิจฉัย โดยพิจารณาจากความบกพร่องตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ปรากฏว่าผู้ถูกประเมิน

() ไม่มีความพิการ () มีความพิการ

ความเห็น () ส่งต่อเจ้าหน้าที่เพื่อขอมีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมาย () ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ระบุ.....

() ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ระบุ..... () ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ระบุ.....

() ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ระบุ..... () อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประทับตรา

โรงพยาบาล

ตัวอย่างแบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ



แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปถ่าย
คนพิการ

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

- ☐ ขอมีบัตรครั้งแรก
☐ ขอมีบัตรเนื่องจาก ☐ บัตรหมดอายุ ☐ ขำรุค
☐ สูญหาย ☐ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ
☐ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

- ๑.๑ คำนามานาม ☐ 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 ☐ หย่า
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

- ๒ -

๓.๑๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

- ☐ ทางการเดิน ☐ ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
☐ ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ ทางสติปัญญา ☐ ทางการเรียนรู้ ☐ ทางออทิสติก

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ☐ ไม่มี ☐ มี (กรอกข้อมูลข้อ ๓.๒)

๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- (๑) คำนามานาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....
(๒) ชื่อ..... นามสกุล.....
(๓) เลขประจำตัวประชาชน.....
เลขหนังสือเดินทาง..... (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)
(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ☐ บิดามารดา ☐ 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 ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....
(.....) (.....)
คนพิการ ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน

เลขประจำตัวประชาชน.....

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน ☐ เห็นควร ☐ ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

- ☐ อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ
☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
☐ ความเห็นอื่น ๆ.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

ตัวอย่างแบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ

[illegible]