

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่บริการ	การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	องค์การบริหารส่วนตำบลสะเดา อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ กรมส่งเสริมปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย

๑.หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ.๒๕๖๒ กำหนดให้คนพิการที่ได้จดทะเบียนคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ไปลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด และมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป โดยคนพิการสามารถติดต่อยืนยันสิทธิของรับเงินเบี้ยความพิการได้ ณ องค์การบริหารส่วนตำบลสะเดา

๑. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ

ผู้ที่มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพความพิการ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

- ๑.๑ มีสัญชาติไทย
- ๑.๒ มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลสะเดา ตามทะเบียนบ้าน
- ๑.๓ มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- ๑.๔ ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

๒. วิธีการ

๑) คนพิการ ที่จะมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไป ให้คนพิการ หรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ สถานที่และภายในระยะเวลาที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศกำหนด

๒) กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณที่ผ่านมาให้ถือว่าเป็น ผู้ได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้แล้ว

๓) กรณีคนพิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการได้ย้ายที่อยู่ และยังประสงค์จะรับเงินเบี้ยความพิการต่อไปแจ้งต่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป

๓. การตรวจสอบและจัดทำทะเบียนประวัติผู้มีสิทธิ

ภายในเดือนตุลาคมของทุกปี องค์การบริหารส่วนตำบลสะเดาจะดำเนินการตรวจสอบสถานะความพิการและการดำรงอยู่ของคนพิการ

๔. งบประมาณและวิธีการจ่ายเงินเบี้ยความพิการ

การจ่ายเบี้ยความพิการให้แก่ผู้มีสิทธิตามระเบียบนี้ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจ่ายเป็นเงินสด หรือโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการ หรือในนามผู้ดูแลคนพิการเป็นรายเดือนภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน จะได้รับเบี้ยยังชีพความพิการ ๘๐๐ บาท/คน/เดือน สำหรับผู้พิการที่มีอายุไม่เกิน ๑๘ ปีบริบูรณ์ รับเบี้ยยังชีพความพิการ ๑,๐๐๐ บาท/คน/เดือน

๒. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานการให้บริการ

ที่	ประเภท ขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะ เวลา ให้บริการ	ส่วนงาน/หน่วยงานที่ รับผิดชอบ
๑	การตรวจสอบ เอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยยังชีพความพิการใน ปีงบประมาณถัดไป หรือผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอ พร้อมเอกสารหลักฐาน และฐานหน้าที่ตรวจสอบคำ ร้องขอลงทะเบียน และเอกสารหลักฐานประกอบ (หมายเหตุ ๑.ระยะเวลา : ๒ นาที (ระบุระยะเวลาที่ ให้บริการจริง) ๒.หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ องค์การบริหารส่วน ตำบลสะเดา อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์)	๒ นาที	งานส่งเสริมสวัสดิการ สังคม สำนักปลัดองค์การ บริหารส่วนตำบลสะเดา อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์
๒	การพิจารณา	ออกใบรับลงทะเบียน ตามแบบยื่นคำขอลงทะเบียนให้ ผู้ลงทะเบียน (หมายเหตุ ๑.ระยะเวลา : ๓ นาที (ระบุระยะเวลาที่ ให้บริการจริง) ๒.หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ องค์การบริหารส่วน ตำบลสะเดา อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์)	๓ นาที	งานส่งเสริมสวัสดิการ สังคม สำนักปลัดองค์การ บริหารส่วนตำบลสะเดา อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

๓.เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายงานเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับเอกสาร
๑.	บัตรประจำตัวคนพิการ ตามกฎหมายว่าด้วย การส่งเสริมคุณภาพ ชีวิตคนพิการพร้อมสำเนา	-	๑	๑	ชุด
๒.	ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา	-	๑	๑	ชุด
๓.	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ ขอรับเงินเบี้ยความพิการผ่านธนาคาร)	-	๑	๑	ชุด
๔.	หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ ดำเนินการแทน)	-	๑	๐	ชุด
๕.	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อม สำเนาของผู้ดูแลคนพิการผู้แทนโดยชอบ ธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี (กรณียื่นคำขอแทน)	-	๑	๑	ชุด
๖.	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของ ผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี(กรณีคน พิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบคน เสมือนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบ ธรรม หรือผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่ กรณี การยื่นคำขอแทนต้องแสดง หลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว	-	๑	๑	ชุด

๔.เอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับ จริง	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
ไม่พบเอกสารอื่นๆสำหรับยื่นเพิ่มเติม					

๕.ช่องทางการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล สะเดา อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์	ระยะเวลาเปิดให้บริการ วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ในวันเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. (ยกเว้นวันหยุดที่ราชการกำหนด)
--	---

๖.ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

๗.ช่องทางร้องเรียน แนะนำบริการ

๑. ช่องทางการร้องเรียน : องค์การบริหารส่วนตำบลสะเดา อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์
เบอร์โทร ๐ ๔๔๖๖ ๖๖๓๘ / www.sadowlocal.go.th
๒. ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์บริการประชาชนสำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลสะเดา
หมายเหตุ เลขที่ ๘๘ ม.๖ บ.โคกโพธิ์ ต.สะเดา อ.พลับพลาชัย จ.บุรีรัมย์ ๓๑๒๕๐
๓. ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์บริการประชาชนสำนักปลัดสำนักงานนายกรัฐมนตรี
หมายเหตุ(เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐ / สายด่วน ๑๑๑๑ / www.๑๑๑๑.go.th /
ตู้ปณ.๑๑๑๑ เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐)
๔. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) ๙๙ หมู่ ๔ อาคาร
ซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น ๒ ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐
สายด่วน ๑๒๐๖ / โทรศัพท์ - ๒๕๐๒ ๖๖๗๐-๘๐ ต่อ ๑๙๐๐,๑๙๐๔-๗ / โทรสาร ๐ ๒๕๐๒ ๖๑๓๒
- www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH

๘. ขอบเขตการให้บริการ/กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
พ.ศ.๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง(ฉบับที่ ๔) พ.ศ.๒๕๖๒

ตัวอย่างแบบฟอร์ม แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

เฉพาะกรณีคนที่สามารถมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนเป็นผู้ยื่นคำขอเท่านั้น ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่จะขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา - มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร - ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ

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

เลขประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

เดือนที่

ရက်စွဲ

ด้วยอำนาจเจ้าชื่อ นามสกุล

เกิดวันที่ อายุ ปี สัญชาติ มีที่อยู่ถาวรและบ้านเลขที่

ศรคณ/ขอ _____ **ตบ** _____ **หน้ง้าบ/ชชน** _____ **คำบลทวกร**

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการประชาชนที่ื่นมาขอ 0-0000-00000-00-0

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพึงพอใจทางการได้ใบหรือสื่อความหมาย ☐ ความพึงพอใจทางการเรียนรู้

☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางสติปัญญา

พิจารณาทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานที่เกิด ☐ เติร์ ☐ นคร ☐ เมือง ☐ อำเภอ ☐ จังหวัด ☐ กรุงเทพมหานคร ☐ อื่นๆ.....

บุคคลอ้างอิงสามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ ลาม-ภรรยา ☐ ทนง ☐ อื่นๆ

ข้อมูลทั่วไป: สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่

07/01/98

☐ มีอาชีพ (ระบุ) _____ รายได้สุทธิ (ระบุ) _____ (บาท)

☐ มีความประสงค์รับการฝึกอบรม

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 104

☐ ข้าพเจ้านัดตัวของตนเอง ☐ ข้าพเจ้านัดโดยบุคคลที่ได้อำนาจแล้ว

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร..... สาขา..... เลขที่บัญชี.....

พร้อมแบบเอกสาร ดังนี้

☐ ลำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

ถ้าเป็นสมาชิกอยู่ในภาคธนาคาร (กรณีผู้ซื้อเงินแบบวงเงินสูงอายุประศกหรือเงินแบบยืมผู้สูงอายุนานกว่า)

๒) การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปีของศูนย์ฯ มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการแก่ผู้รับบริการหรือไม่ อย่างไร

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นนักศึกษาที่ครบถ้วนและขอรับรองความดังกล่าวยังขึ้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ).....เจ้าพนักงานผู้รับผิดชอบเป็น

{ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 }
 { 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 }

หมายเหตุ : โปรดแจ้งความที่เบ็ดเสร็จการออก และทำเครื่องหมาย ☒ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน แล้ว ☐ เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ☐ เป็นผู้ที่มีความประพฤติดี ดังนี้ (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นาย/นาง/นางสาว/นาย/นางสาว..... คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)
คำสั่ง ☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่นๆ..... (ลงชื่อ)..... นายกเทศมนตรี/นายก อบจ. รับเดือน/ปี.....	

..... (ข้อความรอบเส้นประ ให้ผู้สมัครยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยจะได้รับเงินเบี้ย
ความพิการดังกล่าว.....พ.ศ..... ในอัตราเดือนละ.....บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุก
เดือน กรณีคนพิการ ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์การปกครองส่วน
ท้องถิ่นแห่งใหม่ ภายในเดือนใดก็ได้ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสวัสดิการให้ต่อเนื่อง

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

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

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้..... เกี่ยวพันเป็น.....

ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร..... เลขที่..... ออกให้ ณ.....

เมื่อวันที่..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์.....

☐ 1.เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำขอลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยความพิการ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

☐ 2.เป็นผู้มีอำนาจในการรับเงินเบี้ยความพิการ แทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะที่ชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ โดยการ

☐ รับเงินผ่านบัญชีธนาคาร..... สาขา.....

ชื่อบัญชี..... เกี่ยวข้องเป็น..... ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ

เลขที่บัญชี.....

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อพยาน
(.....)

ลงชื่อพยาน
(.....)