

**เลขที่รับ พก............/2564**

**แบบแสดงตนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ ประจำปีงบประมาณ 2563**

**“องค์การบริหารส่วนตำบลมะเกลือเก่า อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา”**

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลมะเกลือเก่า

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

 ชื่อ-สกุลผู้พิการ................................................/ชื่อผู้ดูแลผู้พิการ............................................................ เลขประจำตัวประชาชน....................................................อายุ................ปี อยู่บ้านเลขที่..........ถนน..................................หมู่ที่...........ตำบลมะเกลือเก่า อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา รหัสไปรษณีย์ 30170 .โทร.....................................ประเภทความพิการ...................................................บัตรพิการหมดอายุวันที่....................................................................

 🞏 มาแสดงตนด้วยตนเอง

🞏 มาแสดงตนแทน…ต้องมีใบมอบอำนาจ และให้กรอกรายละเอียด...

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

ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิ์รับเงินเบี้ยยังชีพความพิการจากองค์การบริหารส่วนตำบลมะเกลือเก่า อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา โดยแจ้งขอรับเงินจากองค์การบริหารส่วนตำบลมะเกลือเก่า โดย

🞏 รับเงินสดด้วยตนเอง

🞏 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ**(ต้องแจ้งยืนยันชื่อและหมายเลขบัญชีธนาคาร)**

🞏 รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

🞏 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ**(ต้องแจ้งยืนยันชื่อและหมายเลขบัญชีธนาคาร)**

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ และข้าพเจ้าขอรับรองว่าตั้งแต่ข้าพเจ้ารับเงินเบี้ยความพิการมาตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงปัจจุบัน ไม่เป็นผู้ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖ แห่งระเบียบฯ

การแสดงตนครั้งนี้ เพื่อรับเงิน**เบี้ยยังชีพความพิการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564** **โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนกันยายน 2564 ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน (โดยมีสิทธิได้รับเงิน 800 บาทต่อเดือน)** กรณีคนพิการซึ่งได้รับเบี้ยความพิการจากองค์การบริหารส่วนตำบลมะเกลือเก่าได้ย้ายภูมิลำเนาไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น หรือกรุงเทพมหานคร ให้คนพิการนั้นลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนมีภูมิลำเนา ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง และจะต้องแจ้ง กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลมะเกลือเก่า ทราบก่อนจะดำเนินการย้ายเพื่อเป็นการรักษาสิทธิในการรับเงินดังกล่าว

|  |  |
| --- | --- |
| ลงชื่อ......................................................ผู้แสดงตน | ลงชื่อ......................................................เจ้าหน้าที่ |
|  (.....................................................) |  (.....................................................) |