

หมายเหตุ: ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</b><br>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ<br>ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นางสาว/<br>.....<br>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน<br>□-□□□□-□□□□□□-□□-□ แล้ว<br><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย<br><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่มีความประพฤติเรียบร้อย เนื่องจาก<br>.....<br>.....<br>(ลงชื่อ) .....<br>(.....)<br>เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน | <b>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</b><br>เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโมคลาน<br>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว<br>มีความเห็นดังนี้<br><input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน<br>กรรมการ (ลงชื่อ).....<br>(.....)<br>กรรมการ (ลงชื่อ) .....<br>(.....)<br>กรรมการ (ลงชื่อ) .....<br>(.....) |
| <b>คำสั่ง</b><br><input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....<br>.....<br>(ลงชื่อ) .....<br>(นายฉัตรชัย ศรีวิสุทธิ)<br>นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโมคลาน<br>วันที่.....พฤษภาคม ๒๕๕๘                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

ติดตามรอยประทับคนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงิน เบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕ ๖๐ โดยจะได้รับเงิน เบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๙ ถึง เดือนกันยายน ๒๕๖๐ ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น (ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๕๘ ถึง วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๙) ต้องไปลงทะเบียน ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๙ ทั้งนี้เพื่อเป็นการ รักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

