

2. ช่องทางการรับเงินสวัสดิการอื่น ๆ

ท่านประสงค์ขอรับสวัสดิการต่างๆ ผ่านช่องทางใด

- ผ่านบัญชีธนาคาร..... สาขา.....
ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....
- รับเป็นเงินสด เนื่องจาก.....

3. ช่องทางการติดต่อของคนพิการ

- คนพิการเอง ผู้ปกครอง/ผู้พิทักษ์/ผู้อนุบาล/ผู้ดูแล

ชื่อ-สกุล เบอร์โทร

ID Line Email

4. ท่านได้รับผลกระทบจากวิกฤต COVID - 19

ไม่ได้รับผลกระทบ

ได้รับผลกระทบ (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- หยุดงาน/หยุดกิจการ/ปิดร้านชั่วคราว ถูกเลิกจ้างงาน/ต้งาน
- คนในชุมชนติดเชื้อ เป็นกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อ
- ขาดแคลนเวชภัณฑ์ ขาดแคลนอาหาร/ของใช้
- เดินทางไม่สะดวก ผลกระทบอื่นๆ.....

5. ความต้องการสวัสดิการเพิ่มเติม (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- การพักชำระหนี้จากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ 12 เดือน
- การกู้ยืมเงินจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (กรณีฉุกเฉิน)
- การปรับสภาพที่อยู่อาศัย
- เครื่องอุปโภค/บริโภค/เวชภัณฑ์
- การบริการด้านการรักษาพยาบาล
- บริการล่ามภาษามือ
- เงินสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
- กายอุปกรณ์
- บริการผู้ช่วยคนพิการ
- สวัสดิการอื่นๆ โปรดระบุ.....

6. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าพเจ้าและครอบครัว

ยินยอม ไม่ยินยอม

ลงชื่อ. x.....

(.....)

ผู้ขอรับบริการ/ผู้ขอรับความช่วยเหลือ
/ผู้ดูแลคนพิการ

ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เก็บข้อมูล/ผู้นำเข้าข้อมูล

โทรศัพท์

ลงวันที่.....

เลขที่.....

แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ
KTB Corporate Online

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกำแพงเพชร

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

เลขประจำตัวประชาชน

สำนัก/กอง/ศูนย์.....สังกัดกรม.....

กระทรวง.....

อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์.....

ขอรับเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารมาเพื่อเป็นหลักฐานด้วยแล้ว

- กรณีเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ ที่สังกัดส่วนราชการผู้จ่าย
- เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ใช้สำหรับรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน
บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....
- เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารอื่น ตามที่ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกำแพงเพชร อนุญาต
บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....
- กรณีเป็นบุคคลภายนอกเพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

และเมื่อ.....สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกำแพงเพชร.....โอนเงินผ่านระบบ

KTB Corporate Online แล้ว ให้ส่งข้อมูลการโอนเงินผ่านช่องทาง

- ข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ (SMS) ที่เบอร์โทรศัพท์.....
- จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ตาม e-mail address.....

ลงชื่อ.....ผู้มีสิทธิรับเงิน

(.....)

หมายเหตุ : เลขที่ของแบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online ให้ระบุหมายเลขกำกับ
เรียงกันไปทุกฉบับ เพื่อประโยชน์ในการจัดทำทะเบียนคุมการโอนเงิน

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่.....

ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

ได้มอบอำนาจให้.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่.....

ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

..... เป็นผู้รับเงินช่วยเหลือคนพิการที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์การ

แพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 1,000.- บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน) แทน

ข้าพเจ้า

และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไป ตามที่มอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้า
ได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือ ทิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....) ตัวบรรจง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือ หรือ ลายนิ้วมืออันแท้จริงของผู้มอบอำนาจกับผู้รับมอบอำนาจ
และผู้มอบอำนาจกับผู้รับมอบอำนาจ ได้ลงลายมือชื่อต่อหน้าข้าพเจ้าแล้ว

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน