

## คู่มือสำหรับประชาชน

|                              |                                              |                             |
|------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------|
| งานที่ให้บริการ              | การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ |                             |
| หน่วยงานที่รับผิดชอบ         | สำนักปลัด                                    | องค์การบริหารส่วนตำบลกะลุวอ |
| ขอบเขตการให้บริการ           |                                              |                             |
| สถานที่/ ช่องทางการให้บริการ | ระยะเวลาเปิดให้บริการ                        |                             |

สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลกะลุวอ  
โทรศัพท์: ๐๗๓๕๓๐๔๖๖

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์  
(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

<https://www.facebook.com/profile.php?id=๑๐๐๐๓๓๓๗๔๕๐๖๑๑๗๗๘>

ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐

### หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการ ให้คนพิการขององค์กร ปกครอง ส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ ๔ กำหนดให้คนที่ได้จดทะเบียนคนพิการตาม กฎหมายมาลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไป ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาหรือ สถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด โดยผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการใน เดือนถัดไป โดยผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

1. มีสัญชาติไทย
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
3. มีบัตรประจำตัวผู้พิการ ตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้พิการ
4. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ผู้พิการหรือผู้ดูแลผู้พิการจะต้องแสดงความประสงค์ ขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยรับเป็นเงินสดด้วยตนเองหรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้พิการหรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี

ในกรณีผู้พิการเป็น ผู้เยาว์ ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบธรรม คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือคนไร้ ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม เช่น ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณียื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐาน การเป็นผู้แทนดังกล่าว

วิธีการ

1. ผู้พิการที่จะมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการ ให้ผู้พิการ หรือผู้ดูแลผู้พิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณียื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารและหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายในระยะเวลาที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศกำหนด เพื่อพิจารณาได้รับเงินเบี้ยความ พิการในเดือนถัดไป
2. กรณีผู้พิการได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณที่ผ่านมาให้ ถือว่าเป็นผู้ได้ลงทะเบียนและยื่นขอขอรับเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้แล้ว
3. กรณีผู้พิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการได้ย้ายที่อยู่และยังประสงค์จะรับเงินเบี้ยความพิการต้อง แจ้งต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป

ขั้นตอนและระยะเวลาให้บริการ

| ขั้นตอน | หน่วยงานรับผิดชอบ |
|---------|-------------------|
|---------|-------------------|

- |                                                                       |                                           |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 1. ผู้พิการยื่นเอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียนผู้พิการ                     | สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแรด |
| 2. เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร,คุณสมบัติ และลงทะเบียนรับเอกสาร |                                           |
| 3. ออกใบรับลงทะเบียนให้ผู้ลงทะเบียน                                   |                                           |

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลา ๑๕ นาที/คน

## รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

### เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

- |                                                                                                                    |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| ๑. บัตรประจำตัวคนพิการพร้อมสำเนา                                                                                   | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา                                   | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา                                                                                           |              |
| ๔. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ดูแลผู้พิการ                                                                              | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๕. สำเนาบัตรทะเบียนบ้านของผู้ดูแลผู้พิการ                                                                          | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๖. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขบัญชี) (สำหรับกรณีผู้ขอรับเบี้ยผู้พิการผ่านธนาคาร) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๗. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขบัญชี) (สำหรับกรณีผู้ดูแลผู้พิการ)                 | จำนวน ๑ ฉบับ |

### ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

### การรับเรื่องร้องเรียน

หากไม่ได้รับความพอใจในการให้บริการ หรือเป็นไปตามเงื่อนไขที่ได้ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อ เพื่อร้องเรียนได้ที่ สำนักปลัด

อบต.หนองแรต โทรศัพท์ : ๐๗๓๕๓๐๔๖๖

<https://www.facebook.com/profile.php?id=๑๐๐๐๓๓๗๔๕๐๖๑๗๗๘>

## ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับคนพิการ

ปีที่ขอขึ้นทะเบียน โดย ☐ บิดา – มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร – ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบ ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....

เลขประจำตัวประชาชน  -  -  -  -  ที่อยู่.....

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

(นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....

หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ชาชน ที่ยื่นคำขอ  -  -  -  -

ประเภทความพิการ

- |                                                                  |                                                  |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ความพิการทางการเห็น                     | <input type="checkbox"/> ความพิการทางสติปัญญา    |
| <input type="checkbox"/> ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย   | <input type="checkbox"/> ความพิการทางการเรียนรู้ |
| <input type="checkbox"/> ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย | <input type="checkbox"/> ความพิการทางจิต         |
| <input type="checkbox"/> ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม           |                                                  |

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ.....

อาชีพ.....รายได้ต่อเดือน..... บาท

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการของรัฐ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ(ย้าย

ภูมิลำเนา)เข้ามาใหม่เมื่อ.....

☐ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้พิการ ☐ อื่นๆ (ระบุ)..... มีอาชีพ

☐ (ระบุ).....รายได้ต่อเดือน (ระบุ)..... (บาท)

☐ มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ.....

มีความประสงค์ขอเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

ธนาคาร.....สาขา.....เลขบัญชี

-  -

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ

สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประชาชนของ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

| ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ความเห็นคณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย / นาง / นางสาว .....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน</p> <p><input type="text"/> - <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> - <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> - <input type="text"/><input type="text"/> - <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีความสมัครใจครบถ้วน เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>เจ้าหน้าที่ผู้ลงทะเบียน</p> | <p>เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล.....</p> <p>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว</p> <p>มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>( ..... )</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>( ..... )</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>( ..... )</p> |
| <p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>( ..... )</p> <p>นายกองค์การบริหารส่วนตำบล..... วัน/เดือน/ปี.....</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

ตำแหน่งและที่อยู่ของข้าพเจ้า.....

ผู้ส่งอายุชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ....โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ ตั้งแต่ เดือนตุลาคม ๒๕๕๘ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๕๙ ในอัตราเดือนละ ๕๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้าย ภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น (ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๕๗ ถึง วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๘) จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงิน เบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๘ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสติให้ต่อเนื่อง