

## คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ  
หน่วยงานที่รับผิดชอบ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลบาเจาะ

### ขอบเขตการให้บริการ

#### สถานที่/ ช่องทางการให้บริการ

สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลบาเจาะ

โทรศัพท์: ๐๗๓-๗๐๘๘๘๕

<https://www.facebook.com/profile.php?id=๑๐๐๐๐๘๓๔๘๔๑๗๓๘๖>

#### ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์

(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

### หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการ ให้คนพิการขององค์กร ปกครอง ส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ ๔ กำหนดให้คนที่ได้จดทะเบียนคนพิการตาม กฎหมายมาลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไป ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาหรือ สถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด โดยผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการใน เดือนถัดไปโดยผู้มีสิทธิ์จะได้รับเงินเบี้ยความพิการต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
๓. มีบัตรประจำตัวผู้พิการ ตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้พิการ
๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ผู้พิการหรือผู้ดูแลผู้พิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเบี้ยความพิการ โดยรับเป็นเงินสดด้วยตนเองหรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้พิการหรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี

ในกรณีผู้พิการเป็น ผู้เยาว์ ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบธรรม คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือคนไร้ ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม เช่น ผู้พิทักษ์ผู้นุบาล แล้วแต่กรณียื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐาน การเป็นผู้แทนดังกล่าว

**วิธีการ**

- ๑. ผู้พิการที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการ ให้ผู้พิการ หรือผู้ดูแลผู้พิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้นุบาล แล้วแต่กรณียื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารและหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายในระยะเวลาที่องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นประกาศกำหนด เพื่อพิจารณาจ่ายเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป
- ๒. กรณีผู้พิการได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณที่ผ่านมาให้ถือว่า เป็นผู้ได้ลงทะเบียนและยื่นขอขอรับเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้แล้ว
- ๓. กรณีผู้พิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการได้ย้ายที่อยู่และยังประสงค์จะรับเงินเบี้ยความพิการต้องแจ้งต่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป

**ขั้นตอนและระยะการให้บริการ**

**ขั้นตอน**

**หน่วยงานรับผิดชอบ**

- ๑. ผู้พิการยื่นเอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียนผู้พิการ
  - ๒. เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร,คุณสมบัติ และลงทะเบียนรับเอกสาร
  - ๓. ออกใบรับลงทะเบียนให้ผู้ลงทะเบียน
- สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลบาเจาะ

**ระยะเวลา**

ใช้ระยะเวลาไม่เกิน ๑๕ นาที / คน

## รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

### เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

- |                                                                                                                       |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| ๑. บัตรประจำตัวคนพิการพร้อมสำเนา                                                                                      | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา                                      | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา                                                                                              | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ดูแลคนพิการ                                                                                  | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๕. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ                                                                                  | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๖. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขบัญชี) (สำหรับกรณีและผู้ขอรับเบี้ยผู้พิการผ่านธนาคาร) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๗. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขบัญชี) (สำหรับกรณีผู้ดูแลคนพิการ)                     | จำนวน ๑ ฉบับ |

### ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

### การรับเรื่องร้องเรียน

หากไม่ได้รับความพอใจในการให้บริการ หรือเป็นไปตามเงื่อนไขที่ได้ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อ เพื่อร้องเรียนได้ที่ สำนักปลัด อบต.บาเจาะ

โทรศัพท์: ๐๙๓-๗๐๙๘๘๕

<https://www.facebook.com/profile.php?id=๑๐๐๐๐๘๓๔๘๙๑๗๓๘๖>

## ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ทะเบียนเลขที่...../๒๕.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ....

## ข้อมูลคนพิการ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ  
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา - มารดา ☐ บุตร ☐ สามเ- ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ

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

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่.....

เขียนที่.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

คำนำหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (ระบุ) .....

ชื่อ ..... นามสกุล.....

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

เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ต.รอก/ชอย ..... ถ.น. .... หมู่บ้าน/ชุมชน .....

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย      ☐ ความพิการทางการเรียนรู้

☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย      ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ .....

อาชีพ .....รายได้ต่อเดือน.....บาท

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ

(ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ .....

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

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

☐ มีความประสงค์รับการฝึกอบรม .....

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

ธนาคาร ..... สาขา ..... เลขที่บัญชี □□□-□-□□□□□□-□

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้อนุญาต ผู้ดูแลคนพิการ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

(.....)

(.....)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</b></p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/</p> <p>.....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน</p> <p>□-□□□□-□□□□□-□□-□</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ) .....</p> <p>(.....)</p> <p>เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p> | <p><b>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</b></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> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**คำสั่ง**

☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่น ๆ.....

(ลงชื่อ) .....

นายกองค์การบริหารส่วนตำบล .....

วัน/เดือน/ปี .....

.....ติดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

ผู้สูงอายุชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการตั้งแต่เดือน..... พ.ศ. .... ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายที่อยู่ไปอยู่ที่อื่น  
ในระหว่างปีงบประมาณ จะต้องไปยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่  
ภายในเดือนนั้นๆ เพื่อรักษาสติให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนนั้นๆ