คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	**การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ**
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	**สำนักงานปลัด อบต.ท่าลาดขาว**

ขอบเขตการให้บริการ	
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	**ระยะเวลาเปิดให้บริการ**
สำนักงานปลัด อบต. องค์การบริหารส่วนตำบลท่าลาดขาว อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา โทรศัพท์ : 044-249765	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08.30 – 12.00 น. และ 13.00 – 16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553 กำหนดให้ภายในเดือนพฤศจิกายนของทุกปีให้คนพิการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

ในปีงบประมาณถัดไปณที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาหรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

หลักเกณฑ์ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

1. มีสัญชาติไทย
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
3. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการคุณภาพชีวิตคนพิการ
4. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการโดยรับเงินสดด้วยตนเองหรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์ผู้อนุบาลแล้วแต่กรณี

ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบคนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถให้ผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์หรือผู้อนุบาลแล้วแต่กรณียื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว

วิธีการ

1. คนพิการที่จะมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไปให้คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์ผู้อนุบาลแล้วแต่กรณียื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นณสถานที่และภายในระยะเวลาที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศกำหนด
2. กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณที่ผ่านมาให้ถือว่าเป็นผู้ได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้แล้ว
3. กรณีคนพิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการได้ย้ายที่อยู่และยังประสงค์ประสงค์จะรับเงินเบี้ยความพิการต้องไปแจ้งต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ					
ที่	**ประเภทขั้นตอน**	**รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ**	**ระยะเวลาให้บริการ**	**ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ**	**หมายเหตุ**
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไปหรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ	20 นาที	กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	(1. ระยะเวลา : 20 นาที 2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ งานพัฒนาชุมชน อบต. ท่าลาดขาว)
2)	การพิจารณา	ออกใบรับลงทะเบียนตามแบบยื่นคำขอลงทะเบียนให้ผู้ขอลงทะเบียน	10 นาที	กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	(1. ระยะเวลา : 10 นาที 2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ งานพัฒนาชุมชน อบต. ท่าลาดขาว

ระยะเวลา
ระยะเวลาดำเนินการรวม 30 นาที/ราย

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ						
ที่	**รายการเอกสารยืนยันตัวตน**	**หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร**	**จำนวนเอกสารฉบับจริง**	**จำนวนเอกสารสำเนา**	**หน่วยนับเอกสาร**	**หมายเหตุ**
1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ						
1)	บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการคุณภาพชีวิตคนพิการพร้อมสำเนา	-	1	1	ชุด	-

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ						
ที่	**รายการเอกสารยืนยันตัวตน**	**หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร**	**จำนวนเอกสารฉบับจริง**	**จำนวนเอกสารสำเนา**	**หน่วยนับเอกสาร**	**หมายเหตุ**
2)	ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา	-	1	1	ชุด	-
3)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)	-	1	1	ชุด	-
4)	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้ดูแลคนพิการผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์ผู้อนุบาลแล้วแต่กรณี (กรณียื่นคำขอแทน)	-	1	1	ชุด	-
2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม – ไม่มี -						

ค่าธรรมเนียม
- ไม่มี -

การรับเรื่องร้องเรียน
ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ 1. องค์การบริหารส่วนตำบลท่าลาดขาว โทรศัพท์ : 044-009879 2. **ช่องทางการร้องเรียน**ศูนย์บริการประชาชนสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี **หมายเหตุ**-

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๔

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน:ผู้ยื่นคำขอฯแทนฯ ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน
โดยเป็น ☐ บิดา – มารดา ☐ บุตร ☐ สามี – ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ
ชื่อ – สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....
เลขประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....
วันที่.....

ด้วยข้าพเจ้าชื่อ.....นามสกุล.....
เกิดวันที่.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน เลขที่หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ.....

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา
☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้
☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางออทิสติก
☐ พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....
เกี่ยวข้องโดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามี- ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ อื่นๆ .....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่เมื่อ
☐ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ อื่นๆ(ระบุ).....
☐ มีอาชีพ (ระบุ).....รายได้ต่อเดือน (ระบุ)..... .....(บาท)
☐ มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ..... .....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก๑วิธี)
☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล
ธนาคาร..... สาขา.....เลขที่บัญชี.....
พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้
☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)
☐หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจผู้ดูแลคนพิการและผู้รับมอบอำนาจ(ในกรณียื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและขอข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ)..... .....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....) (.....)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

-๒-

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	**ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**
เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว ..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....แล้ว ☐ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้ .... (ลงชื่อ) ..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าลาดขาว คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)

คำสั่ง

☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่นๆ.....

.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าลาดขาว

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้พิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้).....

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ**ตั้งแต่ในอัตราเดือนละ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน** กรณีคนพิการ ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือน พฤศจิกายน ของทุกปี ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

หนังสือมอบอำนาจ

หนังสือมอบอำนาจ

ขอรับเงินสงเคราะห์เงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการและเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (๑ ต.ค.๒๕๖๕ – ๓๐ ก.ย.๒๕๖๖)

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าลาดขาว
วันที่.....เดือน..... พ.ศ. .....

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าลาดขาว

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า ..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน / หนังสืออื่นๆที่ทางราชการออกให้ เลขที่ ..... อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ .... ตรอก - ถนน – ตำบลท่าลาดขาว อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา
เบอร์โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้ ..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน / หนังสืออื่นๆที่ทางราชการออกให้ เลขที่ ..... อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก - ถนน – ตำบลท่าลาดขาว อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา
เบอร์โทรศัพท์..... ความเกี่ยงข้องเป็น. .....
เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน ◯ .เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ. ◯ เบี้ยความพิการ ◯ เงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
.แทนข้าพเจ้าตลอดปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ทั้งในขณะมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว โดยจ่ายให้ผู้รับมอบอำนาจเป็น

◯ เงินสด

◯ โอนเข้าบัญชีธนาคาร ของผู้รับมอบอำนาจ ชื่อบัญชี. .....
ธนาคาร ◯ ธกส. ◯ กรุงไทย ◯ ออมสิน ◯ อื่นๆ .....
สาขา. ..... .เลขที่บัญชี .....

ข้าพเจ้า ขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายนิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

*****หมายเหตุ : เอกสารที่แนบมาด้วย**
๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจพร้อมเซนชื่อรับรองสำเนา
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจพร้อมเซนชื่อรับรองสำเนา
๓.กรณีผู้สูงอายุ/ผู้พิการ/ผู้ป่วยเอดส์ มีความประสงที่จะโอน กรุณาแนบเอกสารสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารพร้อมเซนชื่อรับรองสำเนา