



คู่มือการสำหรับผู้รับบริการ การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

โดย

งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเปื้ยะ
อำเภอย่นตาขาว จังหวัดตรัง

คำนำ

งานพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเปาะมีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเปาะ และส่งเสริมคุณภาพชีวิต รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการรับลงทะเบียนผู้พิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ให้กับบุคคลดังกล่าวโดยถือกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ ๒ พ.ศ.๒๕๕๙ ฉบับที่ ๓ พ.ศ.๒๕๖๑ และฉบับที่ ๔ พ.ศ.๒๕๖๒

ดังนั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ใช้ยึดถือปฏิบัติให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็วและถูกต้องในการบริการประชาชนในเรื่องดังกล่าว องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเปาะจึงได้จัดทำคู่มือการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

นักพัฒนาชุมชน งานพัฒนาชุมชน
องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเปาะ

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
๑. ชื่องาน	๑
๒. วิธีการขั้นตอนการขอรับบริการ	๑
๓. ระยะเวลาที่ใช้ในการขอรับบริการ	๑
๔. ช่องทางให้บริการ	๑
๕. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง	๑
๖. ค่าธรรมเนียม	๒
๗. รายการเอกสารหลักฐาน	๒
๗. ภาคผนวก	๓-๖

การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

๑. ชื่องาน : การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

๒. วิธีการขั้นตอนการขอรับบริการ

ขั้นตอนการให้บริการ

๑. ผู้พิการยื่นเอกสารที่ใช้ในการยืนยันสิทธิการรับเงินเบี้ยความพิการ ประกอบด้วย

๑.๑ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ

๑.๒ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

๑.๓ สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคาร (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อ และเลขที่บัญชี) สำหรับ

- กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการผ่านธนาคาร
จำนวน ๑ ฉบับ

-กรณี ผู้ดูแลยื่นเอกสารแทนผู้พิการ

ผู้ดูแลติดต่อ ณ สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเปาะ โดยมีหนังสือมอบอำนาจ

ตัวจริง พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ

อย่างละ ๑ ฉบับ

๒. เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร ตรวจสอบคุณสมบัติ

๓. ระยะเวลาที่ใช้ในการขอรับบริการ

- ระยะเวลาในการดำเนินการการลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ รวม ๕ นาที

- เมื่อเอกสารครบถ้วน จัดทำประกาศรายชื่อ เดือนถัดไปจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ

๔. ช่องทางการให้บริการ

◆ องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเปาะ ☛ ติดต่อด้วยตนเอง/มอบอำนาจ

◆ ระยะเวลาเปิดบริการ วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (เดือนมกราคม – ธันวาคมของทุกปี) ในวันและเวลา
ราชการ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๖.๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

๕. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง : กระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ ๒ พ.ศ.๒๕๕๙ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๑ และฉบับที่ ๔ พ.ศ.๒๕๖๒

๖. ค่าธรรมเนียม : ไม่มี

๗. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอรับบริการ

- ◆ ผู้พิการยื่นเอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ
 ๑. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
 ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
 ๓. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อ และเลขที่บัญชี) สำหรับกรณีและผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการผ่านธนาคาร จำนวน ๑ ฉบับ
- ◆ ผู้ดูแลยื่นเอกสารแทนผู้พิการ

ผู้ดูแลติดต่อ ณ สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเปาะ โดยมีหนังสือมอบอำนาจตัวจริง พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ อย่างละ ๑ ฉบับ

ตัวอย่างแบบฟอร์มคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

ทะเบียนเลขที่.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจ
เกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา - มารดา ☐ บุตร ☐ สามี - ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐
ผู้ดูแลและคนพิการตามระเบียบฯ ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....
เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐-☐☐☐
ที่อยู่ โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ชื่อ.....นามสกุล.....

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

ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....

ตำบลย่านตาขาว อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง รหัสไปรษณีย์ ๙๒๑๔๐ โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐-☐☐☐

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้

☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางออกัสติค

☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามา
อยู่ใหม่เมื่อ

☐ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อื่นๆ(ระบุ)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - แล้ว ☐ เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ☐ เป็นผู้ที่มีความประพฤติไม่เรียบร้อย เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	เรียน นายก เทศมนตรี/อบต. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมีความเห็น ดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ(ลงชื่อ) () กรรมการ(ลงชื่อ) () กรรมการ(ลงชื่อ) ()
คำสั่ง ☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่นๆ (ลงชื่อ) () นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเปาะเปะ วัน/เดือน/ปี.....	

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกองคํการบริหารส่วนตำบลเกาะเปาะ

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

เลขประจำตัวประชาชน..... อยู่บ้านเลขที่.....ถนน..... ตรอก/ซอย.....

หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

ขอมอบอำนาจให้.....

เลขประจำตัวประชาชน..... อยู่บ้านเลขที่.....ถนน..... ตรอก/ซอย.....

หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... เกี่ยวพันเป็น.....

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่า
ข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทุกประการจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

() ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพ ☐ ผู้ป่วยเอดส์ ☐ คนพิการ ☐ ผู้สูงอายุ

() เป็นผู้ที่มีอำนาจในการ ☐ รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ รับเงินเบี้ยความพิการ

☐ รับเงินเบี้ยผู้ผู้ป่วยเอดส์

แทนข้าพเจ้า โดยจ่ายให้ผู้รับมอบอำนาจ

() เป็นเงินสด

() โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

เลขที่บัญชี.....

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือน
ว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)