



คู่มือการสำหรับผู้รับบริการ การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

โดย

งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเปื้ยะ
อำเภอย่นตาขาว จังหวัดตรัง

คำนำ

งานสวัสดิการและสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเปาะเปี๊ยะมีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเปาะเปี๊ยะ 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 ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวกรวดเร็วและถูกต้องในการบริการประชาชนในเรื่องดังกล่าว องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเปาะเปี๊ยะจึงได้จัดทำคู่มือการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

นักพัฒนาชุมชน งานสวัสดิการและสังคม
องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเปาะเปี๊ยะ

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
๑. ชื่องาน	๑
๒. วิธีการขั้นตอนการขอรับบริการ	๑
๓. ระยะเวลาที่ใช้ในการขอรับบริการ	๑
๔. ช่องทางให้บริการ	๑
๕. ค่าธรรมเนียม	๑
๖.รายการเอกสารหลักฐาน	๑-๒
๗.ภาคผนวก	๓-๙

การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

๑. ชื่องาน : การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

๒. วิธีการขั้นตอนการขอรับบริการ

ขั้นตอนการให้บริการ

๑. ผู้พิการยื่นเอกสารที่ใช้ในการยืนยันสิทธิการรับเงินเบี้ยความพิการ ประกอบด้วย
 - ๑.๑ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
 - ๑.๒ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
 - ๑.๓ สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (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 ๑๐ 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. ค่าธรรมเนียม : ไม่มีค่าธรรมเนียม

๖. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอรับบริการ

- ◆ ผู้พิการยื่นเอกสารที่ใช้ในการยืนยันสิทธิการรับเงินเบี้ยความพิการ
 - ๑ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
 ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
 ๓. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อ และเลขที่บัญชี) สำหรับกรณีที่ผู้ขอรับ
เงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการผ่านธนาคาร จำนวน ๑ ฉบับ

◆ ผู้ดูแลยื่นเอกสารแทนผู้พิการ

ผู้ดูแลติดต่อ ณ สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเปียง 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 ☐ ความพิการทางออกัสติก

☐ 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 ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	เรียน นายก เทศมนตรี/อบต. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ ตรวจสอบแล้วมีความเห็น ดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้น ทะเบียน กรรมการ(ลงชื่อ) () กรรมการ(ลงชื่อ) () กรรมการ(ลงชื่อ) ()
คำสั่ง ☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่นๆ (ลงชื่อ) () นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเปียง วัน/เดือน/ปี.....	

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเปียง

ข้าพเจ้า.....ขอมอบอำนาจให้.....

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

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

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

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทุกประการ

() แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

() แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

โดยให้จ่ายให้แก่.....

() เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

() แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)