



คู่มือสำหรับประชาชน

การขึ้นทะเบียนรับเบี้ยยังชีพคนพิการ

วิธีการขั้นตอนการให้บริการ

- 1.คนพิการนำเอกสารมายื่นให้เจ้าหน้าที่ พร้อมทั้งกรอกข้อมูลในแบบคำขอ
- 2.เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร (3 นาที)
- ▶ 3.เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศและพิมพ์แบบคำขอให้แก่ผู้มารับบริการเพื่อเป็นหลักฐานการลงทะเบียน (2 นาที)
- 4.เจ้าหน้าที่จัดทำบัญชีประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์

ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการทั้งสิ้น ไม่เกิน 5 นาที/ราย

ช่องทางให้บริการ

- 1.ยื่นคำร้องด้วยตนเอง ณ งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลชลคราม อ.ดอนสัก จ.สุราษฎร์ธานี โทรศัพท์ 077-347001 อีเมลล์ saraban@chonlakram.go.th

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์
เวลา 08.30 – 16.30 น.
(ยกเว้น วันหยุดราชการ)

เอกสารประกอบ

- 1.บัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมสำเนา จำนวน 1 ฉบับ
- 2.ทะเบียนบ้าน (ปัจจุบัน) พร้อมสำเนา จำนวน 1 ฉบับ
- 3.สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา จำนวน 1 ฉบับ
- 4.บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) จำนวน 1 ฉบับ

ค่าธรรมเนียม

-ไม่มีค่าธรรมเนียม-

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- 1.ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการให้คนพิการของ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
- 2.หนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนมาก ที่ มท 0891.3/ว3609 ลง 24 มิถุนายน 2559 เรื่อง แนวทางการจ่ายเงินเบี้ยความพิการตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553 (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2559

ผู้รับผิดชอบ

- 1.นางสาวทัศนีย์ มนต์แก้ว นักพัฒนาชุมชน
- 2.นายทิวา นุ้ยบุตร ผู้ช่วยเจ้าพนักงานพัฒนาชุมชน

🌐 www.chonlakram.go.th

✉ saraban@chonlakram.go.th

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ผู้ยื่นคำขอ ☐ แจ้งด้วยตนเอง

☐ ผู้ยื่นคำขอแทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ-สกุล.....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐☐

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

เขียนที่องค์การบริหารส่วนตำบลชลคราม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ.) ชื่อ.....นามสกุล.....

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

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

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

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

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการมองเห็น ☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมหรือออทิสติก

☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้

☐ พิการซ้ำซ้อน ☐ ไม่ระบุความพิการ

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

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

เกี่ยวข้องโดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ อื่นๆ.....

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุก

ประการ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□ แล้ว ☐ เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ☐ เป็นผู้ที่ไม่เหมาะสม เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้ลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลชลคราม คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรลงทะเบียน (ลงชื่อ) ประธานกรรมการ (นายธนู มีสิทธิ์) รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลชลคราม พ.อ. กรรมการ (สาทิสม์ พงศ์พัฒนา) ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลชลคราม จ.อ. กรรมการ (दनยณัฐ รัตนภูมิ) หัวหน้าสำนักปลัด
--	---

คำสั่ง

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

.....

(ลงชื่อ).....

(นายพิศาล พร้อมสุวรรณ)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลชลคราม

วัน/เดือน/ปี.....

(ติดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการตั้งแต่เดือน โดยให้คนพิการที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี ในวันที่ ๑ ของเดือน ในเดือนนั้นจะมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการ ๑,๐๐๐ บาท หากในวันที่ ๑ ของเดือน คนพิการมีอายุ ๑๘ ปีบริบูรณ์หรือมากกว่า ในเดือนนั้นจะมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายที่อยู่ไปอยู่ที่อื่นในระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ จะต้องไปยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ภายในเดือนนั้น ๆ เพื่อรักษาสถานีให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนนั้น ๆ

(ลงชื่อ).....

()

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ