

## คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

งานพัฒนาชุมชน สำนักงานปลัด เทศบาลตำบลเกาะนางคำ

### ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

1.สำนักงานปลัดฯ เทศบาลตำบลเกาะนางคำ

เวลาราชการ : วันจันทร์ - ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ)

โทรศัพท์ : 074 829852

ตั้งแต่เวลา 08.30 - 16.30 น.

โทรศัพท์ : 074 829848

เว็บไซต์ : <https://kohnangkam.go.th/front>

### หลักเกณฑ์และคุณสมบัติผู้มีสิทธิยื่นคำขอ

- 1.สัญชาติไทย
- 2.มีชื่ออยู่ในเขตเทศบาลตำบลเกาะนางคำ ตามทะเบียนบ้าน
- 3.มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- 4.ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

### ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

1.ผู้พิการกรอกข้อมูลในแบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

งานพัฒนาชุมชน สำนักงานปลัดฯ

ใช้เวลา 10 นาที

2.เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร ตรวจสอบคุณสมบัติ ใช้เวลา 10 นาที

3.เสนอคณะผู้บริหาร

## รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

### เอกสารและหลักฐานที่ต้องใช้

- 1.แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ
- 2.บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมาย ว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- 3.บัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง)
- 4.ทะเบียนบ้าน (ฉบับจริง)
- 5.รูปถ่ายผู้พิการ ขนาด 2 นิ้ว จำนวน 2 รูป
- 6.สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (กรณีผู้พิการประสงค์ขอรับเงินผ่านบัญชีธนาคาร)

ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบธรรม คนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิการหรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณีการยื่นคำขอแทนต้องแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว

สำหรับคนพิการกรณีอื่นนอกจากบุคคลที่กล่าวข้างต้น ซึ่งไม่อาจยื่นคำขอได้ด้วยตนเองให้ผู้ดูแลคนพิการประกอบคำขอ ดังนี้

(1) สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ จำนวน 1 ฉบับ

(2) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน , สำเนาทะเบียนของผู้พิการ และผู้ดูแลคนพิการ อย่างละ 1 ฉบับ

(3) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้พิการหรือสมุดบัญชีธนาคารของผู้ดูแลที่ได้รับมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์

อักษรจากผู้พิการ (กรณีผู้พิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการผ่านบัญชีธนาคาร)

(4) หนังสือมอบอำนาจ (กรณีผู้พิการประสงค์รับเงินเบี้ยยังชีพความพิการผ่านบัญชีธนาคารในนามผู้ดูแล)

หมายเหตุ : สำเนาเอกสารทุกฉบับ รับรองสำเนาถูกต้อง และลงลายมือชื่อให้เรียบร้อย

: สมุดบัญชีธนาคารสามารถใช้ได้ทุกธนาคาร

## ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

## การรับเรื่องร้องเรียน

หากการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

สำนักงานปลัด เทศบาลตำบลเกาะนางคำ โทรศัพท์ : 074-829852 ,074-829848

เว็บไซต์ : <https://kohnangkam.go.th/front>

# ตัวอย่างแบบฟอร์มขึ้นทะเบียน

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๘

## แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ เทศบาลตำบลเกาะนางคำ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น  บิดา-มารดา  บุตร  สามเณร-ภรรยา  พี่น้อง  ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ  
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.....มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ ----

ประเภทความพิการ

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ความพิการทางการเห็น                     | <input type="checkbox"/> ความพิการทางสติปัญญา    |
| <input type="checkbox"/> ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย   | <input type="checkbox"/> ความพิการทางการเรียนรู้ |
| <input type="checkbox"/> ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย | <input type="checkbox"/> ความพิการทางออกัสติค    |
| <input type="checkbox"/> ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม           |  |

สถานภาพสมรส

- โสด  สมรส  หม้าย  หย่าร้าง  แยกกันอยู่  อื่นๆ.....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ  ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ  เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่  
เมื่อ.....

ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์  อื่นๆ (ระบุ).....

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

มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕..... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี --

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ  สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
- หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้รับมอบอำนาจ (กรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ  
(.....)

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

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว .....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก ..... .....</p> <p>(ลงชื่อ)..... (.....)</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายก เทศมนตรี/อบต..... คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p>
--	--

คำสั่ง

รับขึ้นทะเบียน       ไม่รับขึ้นทะเบียน       อื่นๆ.....

.....

(ลงชื่อ).....  
(.....)

นายก เทศมนตรี /นายก อบต. ....

วัน/เดือน/ปี.....

ตัดตามรอยประให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้  
\*\*\*\*\*

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ  
เดือน..... ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
แห่งใหม่โดยทันที เพื่อรักษาสิทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการ

(ลงชื่อ).....  
(.....)  
ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

(ลงชื่อ).....  
(.....)  
เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....

ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....ออกให้ ณ .....

เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....

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

ขอมอบอำนาจให้ (นาย,นาง,นางสาว).....

ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....ออกให้ ณ .....

เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....

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

เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้มอบอำนาจ เพื่อดำเนินการ

( ) ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ป่วยเอดส์

( ) เป็นผู้ม้ออำนาจในการ  รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  รับเงินเบี้ยความพิการ

แทนข้าพเจ้า ทั้งในขณะมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น เพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)