



## คู่มือการลงทะเบียน ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

กองสวัสดิการสังคม  
องค์การบริหารส่วนตำบลจันทิก  
อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา  
โทร. ๐-๔๔๗๕-๖๑๘๗ โทรสาร ๐-๔๔๗๕-๖๑๘๗

## การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพความพิการ

### งานที่ให้บริการ

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ

### ขอบเขตการให้บริการ

#### สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

กองสวัสดิการสังคม

องค์การบริหารส่วนตำบลจันทึก

อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

โทร. ๐-๔๔๗๕-๖๑๘๗

#### ระยะเวลาเปิดให้บริการ

จันทร์ ถึง ศุกร์ (ยกเว้น วันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๒.๐๐ น. และ ๑๓.๐๐ น. - ๑๔.๓๐ น.

### หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพความพิการให้คนพิการ ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๙ กำหนดให้คนพิการที่ได้จดทะเบียนความพิการ ตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสถานที่ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด และมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป

#### หลักเกณฑ์

๑. มีสัญชาติไทย
๒. เป็นผู้ที่มีชื่อตามทะเบียนบ้านอยู่ในเขตตำบลจันทึก
๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการจะต้องแสดง ความประสงค์ขอรับ เงินเบี้ยความพิการ โดยรับเงินสดด้วยตนเอง หรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนาม คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณีในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบธรรม คนเสมือน ไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถให้ผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณียื่นคำขอแทนโดย แสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว

## วิธีการ

๑. คนพิการที่จะมีสิทธิรับเบี้ยความพิการให้คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมี ภูมิลำเนา ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

๒. กรณีคนพิการที่ได้รับเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณที่ผ่านมาให้ถือว่า เป็นผู้ได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้แล้ว

๓. กรณีคนพิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการย้ายที่อยู่ และยังคงประสงค์รับเบี้ยความพิการต่อไปแจ้ง ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป

## ขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการ

๑

### ขั้นตอนการให้บริการ

คนพิการนำเอกสารมายื่นให้เจ้าหน้าที่  
พร้อมทั้งกรอกข้อมูลในแบบคำขอ

๒

### ขั้นตอนการให้บริการ

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร (๕ นาที)

๓

### ขั้นตอนการให้บริการ

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร (๕ นาที)

๔

### ขั้นตอนการให้บริการ

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้น  
(๕ นาที)

๕

### ขั้นตอนการให้บริการ

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ  
(๑ วัน)

### ระยะเวลา



วันและเวลาในราชการ

เริ่มตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๒.๐๐ น.

และ ๑๓.๓๐ น. - ๑๔.๓๐ น.

ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการทั้งสิ้น

ไม่เกิน ๑๕ นาที / ราย

### ค่าธรรมเนียม



ไม่เสียค่าธรรมเนียม

### รับเรื่องร้องเรียน



ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น  
สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่  
กองสวัสดิการสังคม อบต.จันทึก โทร. ๐-๔๔๗๕-๖๑๘๗

### รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

๑. บัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
๒. ทะเบียนบ้าน (ปัจจุบัน) พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (กรณีโอนเงินผ่านบัญชีธนาคาร) จำนวน ๑ ฉบับ
๔. บัตรประจำตัวประชาชน พร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)  
จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (กรณีโอนเงินผ่านบัญชีธนาคาร) จำนวน ๑ ฉบับ
๕. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีขอรับเงินผ่านธนาคาร) จำนวน ๑ ฉบับ

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๘

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน:ผู้ยื่นคำขอฯ แทนฯ ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับ  
คนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา - มารดา ☐ บุตร ☐ สามี - ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบ  
ฯ ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้พิการ).....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐-☐☐-☐ ที่อยู่.....

..... โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลจันทก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....

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

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

ตำบล/แขวง จันทก อำเภอ/เขต ปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา รหัสไปรษณีย์ ๓๐๑๓๐ โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้พิการที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

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

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ประเภทความพิการ

- |                                                                  |                                                  |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ความพิการทางการเห็น                     | <input type="checkbox"/> ความพิการทางสติปัญญา    |
| <input type="checkbox"/> ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย   | <input type="checkbox"/> ความพิการทางการเรียนรู้ |
| <input type="checkbox"/> ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย | <input type="checkbox"/> ความพิการทางออกัสติก    |
| <input type="checkbox"/> พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม               |                                                  |

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....เกี่ยวข้องโดยเป็น ☐ บิดา-มารดา

☐ บุตร ☐ สามี- ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ อื่นๆ ..... โทรศัพท์.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพสวัสดิการภาครัฐ

☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่เมื่อ.....

☐ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ อื่นๆ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ โดยวิธีดังต่อไปนี้

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจ  
จากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจผู้ดูแลคนพิการและผู้รับมอบอำนาจ  
(ในกรณียื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและขอข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับ

ลงทะเบียน

(.....)

(.....)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</b><br>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ<br>ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว<br>.....<br>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....แล้ว<br><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย<br><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่ดีคุณสมบัติ ดังนี้<br>.....<br>.....<br>(ลงชื่อ) .....<br>(.....)<br>เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน | <b>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</b><br>เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลจันทิก<br>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว<br>มีความเห็นดังนี้<br><input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน<br><br>กรรมการ (ลงชื่อ).....<br>(.....)<br><br>กรรมการ (ลงชื่อ).....<br>(.....)<br><br>กรรมการ (ลงชื่อ).....<br>(.....) |
| <b>คำสั่ง</b><br><input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....<br>.....<br>(ลงชื่อ).....<br>(นายสมปอง รอดตุ่น)<br>นายกองค์การบริหารส่วนตำบลจันทิก<br>วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

----- (ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้พิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้) -----

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

.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ โดย  
จะได้รับเงิน เบี้ยความพิการตั้งแต่เดือน.....ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐  
ของทุกเดือน แต่หากผู้พิการมีอายุไม่ถึง ๑๘ ปีบริบูรณ์ จะได้รับเงินเบี้ยความพิการในอัตราเดือนละ ๑,๐๐๐ บาท

ชื่อผู้พิการ ..... หมู่ที่ .....

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่ลงทะเบียน  
(.....)