

คู่มือสำหรับประชาชน	
งานที่ให้บริการ	การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	สำนักปลัด (เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบคือ นางสาวกัญจนมาศ บำรุงเสนา)
	อบต.นาปะขอ
ขอบเขตการให้บริการ	
สถานที่ / ช่องทางให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
๑. สำนักปลัด	วันจันทร์ ถึง ศุกร์
โทรศัพท์ : ๐๗๔ ๖๗๓ ๘๐๐	(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
โทรสาร : ๐๗๔ ๖๗๓๘๐๑	ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๒.๐๐ น. และ ๑๓.๐๐ - ๑๖.๓๐ น.
หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอ	
หลักเกณฑ์	
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ กำหนดให้ภายในเดือน พฤศจิกายน ของทุกปีให้คนพิการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไป ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีภูมิลำเนาหรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่กำหนด	
เงื่อนไขการยื่นคำขอ	
๑. มีสัญชาติไทย	
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามที่ทะเบียนบ้าน	
๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยดารส่งเสริมการคุณภาพชีวิตคนพิการ	
๔.ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการของสถานสงเคราะห์ของรัฐ	
การยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการหรือผู้ดูแลคนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการโดยรับเงินสดด้วยตนเองหรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์ผู้อนุบาลแล้วแต่กรณี	
ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบคนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนคนไร้ความสามารถให้ผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์ผู้อนุบาลแล้วแต่กรณียื่นคำขอโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว	
ขั้นตอนและวิธีการให้บริการ	
ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนคนพิการ	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑ ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยความพิการปีงบประมาณถัดไป หรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ	สำนักปลัด
(ระยะเวลาไม่เกิน ๕ นาที)	(เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ นางสาวกัญจนมาศ บำรุงเสนา)
๒ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้องและคุณสมบัติ ลงชื่อรับรองเอกสารพร้อมความเห็น	สำนักปลัด
(ระยะเวลาไม่เกิน ๒ นาที)	(เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ นางสาวกัญจนมาศ บำรุงเสนา)

๓ ออกใบรับลงทะเบียนตามแบบยื่นคำขอลงทะเบียนให้ผู้ ลงทะเบียน (ระยะเวลาไม่เกิน ๓ นาที)	สำนักปลัด (เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ นางสาวกัญจนมาศ บำรุงเสนา)
---	---

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลารวมทั้งสิ้น ๑๐ นาที

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

๑ บัตรประจำคนพิการกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการ คุณภาพชีวิตคนพิการพร้อมสำเนา	๑ ฉบับ
๒ ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา	๑ ฉบับ
๓ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา(กรณีที่ผู้ขอรับเงิน เบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่าน ธนาคาร)	๑ ฉบับ
๔ บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดย หน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้ดูแลคน พิการผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์ผู้นุบาลแล้วแต่กรณี (กรณียื่นคำขอแทน)	๑ ฉบับ
๕ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของผู้ดูแลคน	๑ ฉบับ

ค่าธรรมเนียม

ไม่มี

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ สำนักปลัด

สำนักงานปลัด อบต.นาปะขอ โทรศัพท์ : ๐๙๔ ๖๗๓๘๐๐ หรือ เว็บไซต์ <http://www.Napakho.go.th>

ทะเบียนเลขที่/๒๕๕๘

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ

ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา - มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร - ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ)

[illegible]

ชื่อ-นามสกุล : ตรีศัพท

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

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

ชื่อ นามสกุล

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

เลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก/ ขอย..... ถนน..... หมู่บ้าน/ชุมชน.....

ตำบล	อำเภอ	จังหวัด
------	-------	---------

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□-□□-□

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้

☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ โทรศัพท์

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยได้รับเลย ☐ เคยได้รับ (ยี่ห้อ/บริษัท) ☐ ยี่ห้อ/บริษัท

11/11

☐ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ อื่นๆ (ระบุ)

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

☐ มีความประสงค์รับการฝึกอบรม

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง

☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคาร สาขา เลขที่บัญชี

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้อนุญาต ผิด แล่นพิจารณา และได้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) _____ ผู้ยื่นคำขอ

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

()

นางสาวกัญญาณาศ บำรุงเสนา

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

[illegible]

ติดตามรอยประให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเงินไว้

[illegible]

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☒ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผิดแลคนพิการ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ
(.....) นางสาวกัญจนา มาศบำรุงเสนา

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ