

คู่มือปฏิบัติงานพัฒนาชุมชน : การลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ทองอำเภอบ้านลาด จังหวัดนครศรีธรรมราช

กระทรวง : กระทรวงมหาดไทย

๑. ชื่อกระบวนการ : การลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ

๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ : องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ทองอำเภอบ้านลาด จังหวัดนครศรีธรรมราช

๓. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

๔. หมวดยุทธศาสตร์ของงานบริการ : การลงทะเบียน

๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง : ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ทอง พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

๖. ระดับผลกระทบ : บริการทั่วไป

๗. ชื่ออ้างอิงของคู่มือปฏิบัติงานพัฒนาชุมชน : การลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ

๘. ช่องทางการให้บริการ :

สถานที่ให้บริการ องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ทองอำเภอบ้านลาด จังหวัดนครศรีธรรมราช

รหัสไปรษณีย์ ๘๐๑๖๐ โทร ๐-๗๕๕๒-๑๗๖๑

ระยะเปิดให้บริการ เปิดให้บริการ วันจันทร์-ศุกร์ ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น.

(มีพักเที่ยง) (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

๙. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ทองพ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติมให้คนพิการ ที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ มาลงทะเบียนขอรับเบี้ยความพิการโดยต้องลงทะเบียนด้วยตนเองหรือผู้ดูแลคนพิการ หรือมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแทนตนเอง ต่อองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ทอง หลักเกณฑ์ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

๑. สัญชาติไทย

๒. มีบัตรประจำตัวคนพิการ ตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

๓. มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ทอง

๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ในการลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการคนพิการจะต้องลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ โดยแนบเอกสารหลักฐานข้อมูล เพื่อลงทะเบียน ดังต่อไปนี้

๑. แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

๓. สำเนาทะเบียนบ้าน

๔. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร กรณีประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการผ่านธนาคาร

๕. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแทน)

วิธีการ

๑. ผู้ที่จะมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการลงทะเบียนตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ สถานที่และระยะเวลาที่องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ทองประกาศกำหนด ด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการได้

๒. กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ทองในปีงบประมาณที่ผ่านมาให้ถือว่าเป็นผู้ได้ลงทะเบียนขอรับเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้แล้ว

๓. กรณีคนพิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการย้ายที่อยู่และยังประสงค์จะรับเงินเบี้ยความพิการต่อไป แจ้งต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป

๑๐. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๒๐ นาที

ลำดับ	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอน	ระยะเวลา	หมายเหตุ
๑	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยความพิการ หรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ	๑๐ นาที	๑. ระยะเวลา : ๑๐ นาที (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง) ๒. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ทอง
๒	การพิจารณา	พิจารณา ออกใบรับลงทะเบียนตามแบบลงทะเบียนให้ผู้ขอลงทะเบียนหรือ ผู้รับมอบอำนาจ	๑๐ นาที	ระยะเวลา : ๑๐ นาที (ระบุระยะเวลา ที่ให้บริการจริง) ๒. หน่วยงานผู้รับผิดชอบคือ องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ทอง

๑๑. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑๑.๑ เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ลำดับ	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	จำนวน	จำนวน	หน่วยนับ
๑	บัตรประจำตัวประชาชนพร้อมสำเนา	๑	๑	ชุด
๒	ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา	๑	๑	ชุด
๓	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการผ่านธนาคาร)	๑	๑	ชุด
๔	หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทน)	๑	๑	ชุด

๑๑.๑ เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ(ต่อ)

ลำดับ	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	จำนวน	จำนวน	หน่วยนับ
๕	บัตรประจำตัวประชาชนพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)	๑	๑	ชุด
๖	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของ ผู้รับมอบอำนาจ (กรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ผ่านธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ)	๑	๑	ชุด

๑๒. ค่าธรรมเนียม:ไม่มี

๑๓. ช่องทางการร้องเรียน

องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ทองหมู่ที่ ๑ ตำบลโพธิ์ทองอำเภอบางบาลจังหวัดนครศรีธรรมราช
รหัสไปรษณีย์ ๘๐๑๖๐ โทร ๐-๗๕๕๑-๑๗๖๑ เว็บไซต์ของหน่วยงาน www.phothong.go.th/

๑๔. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

ทะเบียนเลขที่/.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน:ผู้ยื่นคำขอแทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ

ชื่อ - สกุล(ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....

เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐-☐☐☐ ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุปี สัญชาติมีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่

หมู่บ้าน/ชุมชนตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ

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

.....

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

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้

☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางออกัสติก

☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆรายได้ต่อเดือน

บาท อาชีพ

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

☐ ได้รับเบี้ยความพิการ ☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเบี้ยยังชีพคนพิการ ประจำปี งบประมาณ ๒๕๖๖ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินด้วยตัวเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสารดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

☐ บัญชีเงินฝากธนาคาร

บัญชีเลขที่ ชื่อบัญชี

☐ “ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย”

☐ “ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นและยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

ตำแหน่ง.....

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติ นาย/นาง/นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□□ แล้ว ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้จดทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ทอง คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มี ความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)
คำสั่ง ☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่น..... (ลงชื่อ)..... นายกเทศมนตรี/นายก อบต..... วันที่.....	

ตัดตามรอยประให้คนพิการที่ยื่นขอลงทะเบียนเกินไว้.....

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๙ โดยจะมี **สิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป ในอัตราเดือนละ ๘๐๐.-บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน**กรณีคนพิการย้ายที่ภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนที่ย้ายที่อยู่ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป

ตัวอย่างการกรอกแบบฟอร์ม
ทะเบียนเลขที่...../...๒๕๖๙....

แบบลงทะเบียนการขอรับเงินเบี้ยความพิการ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน:ผู้ยื่นคำขอฯแทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ
ชื่อ - สกุล(ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....
เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐-☐☐☐ ที่อยู่.....
.....โทรศัพท์.....

เขียนที่**อบต.โพธิ์ทอง**

วันที่**๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๙**

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ**ขยัน รังงานมาก**.....
เกิดวันที่**๐๑** เดือน **มกราคม** พ.ศ. **๒๕๒๑**อายุ**๔๘**ปี สัญชาติ**ไทย**มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่**๑๐๑**
หมู่บ้าน/ชุมชน**๑**ตรอก/ซอย-.....ถนน.....ตำบล**โพธิ์ทอง**อำเภอ **ท่าศาลา**จังหวัด.....
นครศรีธรรมราช รหัสไปรษณีย์**๘๐๑๖๐** โทร**๐๘ ๖๕๒๑ ๑๑๒๕**

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ **๓- ๑๒๓๖๒๕๔๔๘๓๓-๙**

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา
☒ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้
☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางออกัสติค
☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☒ ~~ส~~รส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆรายได้ต่อเดือน-
บาท อาชีพ -

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์
☐ ได้รับเบี้ยความพิการ ☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
☒ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสารดังนี้

☒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☒ สำเนาทะเบียนบ้าน
☒ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการผ่านธนาคาร)
☒ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
☒ บัญชีเงินฝากธนาคาร**.กรุงไทย สาขาท่าศาลา.**

บัญชีเลขที่**๘๒๘-๑๒๓๔๕๔๔** ชื่อบัญชี **นางมาลี รังงานมาก**.....

☐ “ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หาก
ข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย”

☒ “ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นและ
ยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ).....**ขยัน รังงานมาก**..... (ลงชื่อ).....

(.....นาย**ขยัน รังงานมาก**.....)

(.....)

ผู้ลงทะเบียน/ผู้รับมอบอำนาจลงทะเบียน

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติ นาย/นาง/นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□□ แล้ว ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้จดทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ทอง คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)
คำสั่ง ☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่น..... (ลงชื่อ)..... นายกเทศมนตรี/นายก อบต..... วันที่.....	

ตัดตามรอยประให้คนพิการที่ยื่นขอลงทะเบียนเกินไว้.....

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๙ โดยจะ **มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป ในอัตราเดือนละ ๘๐๐.-บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน**กรณีคนพิการย้ายที่ภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนที่ย้ายที่อยู่ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป