



คู่มือประชาชนการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

จัดทำโดย

สำนักปลัด

องค์การบริหารส่วนตำบลลำพันตา

อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	องค์การบริหารส่วนตำบลลำพันตา

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
1. องค์การบริหารส่วนตำบลลำพันตา 2. โทรศัพท์/โทรสาร 0-3721-0858	ภายในเดือนพฤศจิกายน ของทุกปี วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (1-30 พฤศจิกายน) (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08.30 - 16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ผู้มีคุณสมบัติได้รับเงินสวัสดิการเบี้ยความพิการ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

- (1) มีสัญชาติไทย
- (2) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลลำพันตา (ตามทะเบียนบ้าน)
- (3) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- (4) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ
- (5) ในกรณีคนพิการซึ่งมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามข้อ (1)–(4) เป็นผู้ซึ่งต้องขัง หรือจำคุก อยู่ในเรือนจำ ทักษสถาน หรือสถานที่คุมขังของกรมราชทัณฑ์ หรือเป็นผู้ซึ่งถูกควบคุมอยู่ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน หรือศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ให้ไปลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการต่อผู้บัญชาการเรือนจำ ผู้อำนวยการทัณฑสถาน ผู้อำนวยการสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน หรือผู้บริหารที่เรียกชื่ออย่างอื่นแล้วแต่กรณี เพื่อนำส่งเป็นหนังสือต่อองค์การบริหารส่วนตำบลลำพันตา อำเภอชาติ จังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งเป็นภูมิลำเนาของคนพิการตามกฎหมาย

การเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเบี่ยความพิการ

การเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเบี่ยความพิการ ใช้จ่ายจากงบประมาณเงินอุดหนุนทั่วไป แบบกำหนดวัตถุประสงค์ ตามโครงการสนับสนุนการเสริมสร้างสวัสดิการทางสังคมให้แก่คนพิการหรือทุพพลภาพ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี่ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2553 ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน

หลักเกณฑ์การจ่ายเงินสวัสดิการเบี่ยความพิการ รายเดือน คือ

จะได้รับสวัสดิการเบี่ยความพิการ จำนวน 1,000 บาท

การสิ้นสุดการได้รับเงินเบี่ยความพิการ

- 1.ถึงแก่กรรม
- 2.ขาดคุณสมบัติตามข้อ 6 แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี่ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2553
- 3.แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี่ยความพิการเป็นหนังสือต่อนายกองค้การบริหารส่วนตำบลสำพันตา

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
<ol style="list-style-type: none">1.ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนพร้อมเอกสารหลักฐาน เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน/สัมภาษณ์ หรือบันทึกข้อมูลเพิ่มเติม (ระยะเวลา 3 นาที / ราย)2.เจ้าหน้าที่เสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ (ระยะเวลา 3 นาที / ราย)3.ขั้นตอนการเสนอนายกองค้การบริหารส่วนตำบลสำพันตา (ระยะเวลา ไม่เกิน 1 วัน ต่อ ราย)	องค้การบริหารส่วนตำบล สำพันตา

ระยะเวลาการให้บริการ

ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 1 วัน / ราย

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

กรณีขึ้นทะเบียนด้วยตัวเอง ใช้เอกสารดังนี้

1. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 1 ฉบับ
3. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขานาดี หรือ ธนาคารกรุงไทย จำกัด มหาชน ทุกสาขา ชื่อบัญชีผู้พิการจำนวน 1 ฉบับ (กรณีมีความประสงค์โอนเงินเข้าบัญชี)

กรณีขึ้นทะเบียน ที่ผู้พิการเป็นผู้เยาว์ คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือคนไร้ความสามารถ ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตัวเองได้ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอลงทะเบียน ใช้เอกสารดังนี้

1. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 1 ฉบับ
3. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขานาดี หรือ ธนาคารกรุงไทย จำกัด มหาชน ทุกสาขา ชื่อบัญชีผู้พิการ จำนวน 1 ฉบับ (กรณีมีความประสงค์โอนเงินเข้าบัญชี)
4. หลักฐานการเป็นผู้แทน หรือ ผู้พิทักษ์ หรือ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี จำนวน 1 ฉบับ
5. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีผู้พิการสามารถมอบอำนาจได้) จำนวน 1 ฉบับ
6. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน 1 ฉบับ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
7. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน 1 ฉบับ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

กรณีไม่ได้รับความสะดวกหรือการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

“ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลลำพันตา ”

โทรศัพท์ / โทรสาร : 0-3721-0858

ตัวอย่างแบบฟอร์มคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๖

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับคนพิการ
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา - มารดา บุตร สามเษก - ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ
ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....
เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลคูเมือง

วันที่ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๕

คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่นๆ (ระบุ).

ชื่อ.....นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สัญชาติไทย..... มีชื่ออยู่ใน

สำเนาทะเบียนบ้าน

เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....-.....ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....

ตำบล.....ลำพันตา.....อำเภอ.....นาคี.....จังหวัด.....ปราจีนบุรี.....รหัสไปรษณีย์.....๒๕๒๒๐.....

โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ

ประเภทความพิการ ความพิการทางการเห็น ความพิการทางสติปัญญา

ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้

ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางออกทิสติก

ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ เคยได้รับ (ย้าย

ภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่เมื่อ.....

ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อื่นๆ (ระบุ).....

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

มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจาก

ผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคารสาขา..... เลขที่บัญชี □□□-□-□□□□□□-□

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ

สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจผู้ดูแลคนพิการและผู้รับมอบ

อำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

(.....)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/สาวสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติเนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลลำพันตา คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้น ทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

คำสั่ง

รับขึ้นทะเบียน ไม่รับขึ้นทะเบียน อื่นๆ

.....

(ลงชื่อ).....
นายกองค้การบริหารส่วนตำบลลำพันตา
วัน / เดือน / ปี.....

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือน.....ตุลาคม.....พ.ศ.๒๕๖๕.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยจะได้รับเงิน
เบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือน ตุลาคม ๒๕๖๕ ถึง เดือน กันยายน ๒๕๖๖ ในอัตราเดือนละ ๑,๐๐๐ บาท
ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น (ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๕ ถึง
วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖) จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๖ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง

แบบใบมอบอำนาจ

หนังสือมอบอำนาจ

ที่องค์การบริหารส่วนตำบลลำพันตา

วันที่.....เดือน มกราคม พ.ศ 2566

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....ประจำตัวประชาชน...
เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....-.....ถนน.....-.....แขวง/ตำบล.....ลำพันตา...
เขต/อำเภอ.....นาคี.....จังหวัด.....ปราจีนบุรี.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....ประจำตัวประชาชน...
เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....-.....ถนน.....-.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้พิการ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 แทนข้าพเจ้าและมีระยะเวลา
มอบอำนาจไม่เกินปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตาม
หนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ /
ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ขั้นตอนการขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

1. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชนที่เลขาธิการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติกำหนด เว้นแต่กรณีสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ไม่ต้องมีใบรับรองความพิการก็ได้
2. ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดปราจีนบุรี (หลังศาลากลางจังหวัด) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้
 - 2.1 เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยแพทย์เฉพาะทาง (ใบรับรองความพิการ ตัวจริง)
 - 2.2 รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป
 - 2.3 สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
 - 2.4 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
 - 2.5 ถ้าคนพิการมีผู้ดูแลให้นำสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ อย่างละ 1 ฉบับ
3. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอทำบัตรประจำตัวคนพิการ ให้นำหลักฐานตามข้อ 2.4-2.5 มาด้วย

ขั้นตอนการต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

- การดำเนินการต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการสามารถดำเนินการได้ที่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดปราจีนบุรี (หลังศาลากลางจังหวัด) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้
1. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม
 2. รูปถ่าย ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป
 3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านอย่างละ 1 ฉบับ
 4. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการ ถ้ามีผู้ดูแลใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านอย่างละ 1 ฉบับ
 5. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการให้นำหลักฐานตามข้อ 3-4 มาด้วย

การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ

- การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการสามารถติดต่อได้ที่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดปราจีนบุรี ((หลังศาลากลางจังหวัด) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้
1. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม
 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านอย่างละ 1 ฉบับ

3. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนเดิมใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านอย่างละ 1 ฉบับ
4. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านอย่างละ 1 ฉบับ
5. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ