

คู่มือสำหรับประชาชน
การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ



กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลนาโหม่ง
อำเภอสุคิริน จังหวัดนราธิวาส
โทร. 073-709790

คู่มือสำหรับประชาชน : การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพความพิการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : องค์การบริหารส่วนตำบลมาโมง ตำบลมาโมง อำเภอสุคิริน จังหวัดนราธิวาส

กระทรวง : กระทรวงมหาดไทย

๑. ชื่อกระบวนการ : การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพความพิการ

๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ : กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลมาโมง

๓. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

๔. หมวดหมู่ของงานบริการ : ขึ้นทะเบียน

๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง :

- ๑) ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และแก้ไขเพิ่มเติมถึงฉบับที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๖๒

๖. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป

๗. พื้นที่ให้บริการ : กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลมาโมง

๘. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพความพิการ

๙. ช่องทางการให้บริการ

- ๑) **สถานที่ให้บริการ** กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลมาโมง หมู่ ๑ ตำบลมาโมง อำเภอสุคิริน จังหวัดนราธิวาส

ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. ติดต่อด้วยตนเองหรือผู้รับมอบอำนาจ ณ หน่วยงาน

๑๐ . หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ กำหนดให้คนพิการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพความพิการ ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา และหากมีคุณสมบัติครบถ้วน จะได้รับเงินหลังจากลงทะเบียนในเดือนถัดไป

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการคุณภาพชีวิตคนพิการ
๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการโดยรับเงินสดด้วยตนเองหรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์ผู้อนุบาลแล้วแต่กรณี ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบคนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถให้ผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์หรือผู้อนุบาลแล้วแต่กรณียื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว

วิธีการ

๑) ให้ผู้พิการที่อยู่ในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลมาโมง ที่มีคุณสมบัติดังกล่าวข้างต้น หากมีความประสงค์จะรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ให้ทำการลงทะเบียนการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ตามวัน เวลา และสถานที่ด้วยตนเองหรือผู้รับมอบอำนาจ

๒) กรณีผู้พิการที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณที่ผ่านมาให้ถือว่าเป็นผู้ได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้พิการตามระเบียบนี้แล้ว

๓) กรณีผู้พิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่และยังประสงค์จะรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการต้องไปแจ้งต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป

๑๐. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ (ระยะเวลาดำเนินการรวม ๒๐ นาที)

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยยังชีพผู้พิการในปีงบประมาณนั้นๆ หรือผู้รับมอบอำนาจยื่นแบบลงทะเบียนพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบแบบลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้พิการและเอกสารหลักฐาน	๑๐ นาที	กองสวัสดิการสังคม	
๒)	การพิจารณา	ออกใบรับลงทะเบียนตามแบบลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้พิการ ให้ผู้ลงทะเบียนหรือผู้รับมอบอำนาจ	๑๐ นาที	กองสวัสดิการสังคม	

๑๑. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑๑.๑) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๑)	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา	-	๑	๑	ชุด	-
๒)	บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการพร้อมสำเนา	-	๑	๑	ชุด	-
๓)	ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา	-	๑	๑	ชุด	-
๓)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา	-	๑	๑	ชุด	-
๔)	หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)	-	๑	๐	ฉบับ	-
๕)	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)	-	๑	๑	ชุด	-

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๖)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนาของผู้รับมอบ อำนาจ	-	๑	๑	ชุด	-

๑๕.๒) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
ไม่พบเอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม						

๑๐. ค่าธรรมเนียม

ไม่มีข้อมูลค่าธรรมเนียม

๑๑. ช่องทางการร้องเรียน

องค์การบริหารส่วนตำบลมาโม่ง หมู่ที่ 1 ตำบลมาโม่ง อำเภอสุคริพ จังหวัดนครราชสีมา 96190

โทร. 073-709790 เว็บไซต์ <http://mamong.go.th/>

๑๒. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

๑) แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา - มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร - ภรรยา ☐ พี่ - น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการ ☐ อื่นๆ
ชื่อ - นามสกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบ
☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ ที่อยู่.....
..... โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....
ด้วยข้าพเจ้า ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
ชื่อ..... นามสกุล.....
เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. อายุ..... ปี สัญชาติ.....ไทย..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน
เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
หมายเลขประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐-☐
ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการมองเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา
☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้
☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย ☐ ความพิการทางออกัสติค
☐ ความพิการทางจิตใจหรือทางพฤติกรรม
สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้..... โทรศัพท์.....
ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.
☐ ได้รับเงินเบี้ยผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
☐ มีอาชีพ (ระบุ)..... รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....(บาท)
☐ มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ
มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยวิธีดังต่อไปนี้
☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
ธนาคาร..... สาขา..... เลขที่บัญชี.....

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการมีความประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่เป็นบุคคลที่อยู่ในอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ
และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการหากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้
ดำเนินการตามกฎหมาย

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

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

คู่มือการกรอก

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๗

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

ผู้ยื่นคำขอฯ [/] แจ้งด้วยตนเอง

[] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ - สกุล.....นายมีใจ รักงาน.....เลขประจำตัวประชาชน ๙-๙๙๙๙-๙๙๙๙-๙๙๙

ที่อยู่ บ้านดงก่อ หมู่ที่ ๙ ต.หนองหญ้าลาด อ.กันทรลักษ์ จ.ศรีสะเกษ ๓๓๑๑๐.....โทรศัพท์.....๐๙-๙๙๙๙-๙๙๙๙.....

เขียนที่เทศบาลตำบลหนองหญ้าลาด.....

วันที่ ๙ เดือน มกราคม พ.ศ.๒๕๖๗

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

เกิดวันที่.....๙.....เดือน.....มกราคม.....พ.ศ.๙๙๙๙.....อายุ.....๙๙.....ปี สัญชาติ.....ไทย.....

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....๙.....หมู่ที่.....๙.....ตรอก / ซอย

ถนน.....กันทรลักษ์ - ศรีสะเกษ.....ตำบล/แขวง หนองหญ้าลาด อำเภอ/เขต กันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ.....

รหัสไปรษณีย์ ๓๓๑๑๐ โทรศัพท์.....๐๙-๙๙๙๙-๙๙๙๙.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ ๙-๙๙๙๙-๙๙๙๙-๙๙๙

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางจิตในหรือพฤติกรรม หรือออทิสติก

☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☒ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้

☐ พิการซ้ำซ้อน ☐ ไม่ระบุความพิการ

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

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้นางใจดี รักงาน.....โทรศัพท์.....๐๙-๙๙๙๙-๙๙๙๙.....

เกี่ยวข้องเป็น ☒ บิดา - มารดา ☐ บุตร ☐ สามี - ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ อื่น ๆ.....

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☒ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☒ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร.....ออมสิน.....สาขา.....กันทรลักษ์.....เลขที่บัญชี ...๙๙๙๙๙๙๙๙๙๙.....

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☒ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

☒ สำเนาทะเบียนบ้าน

☒ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....มีใจ รักงาน.....ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....นายมีใจ รักงาน.....)

(.....)