

คู่มือสำหรับประชาชน : การขึ้นทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ
หน่วยงานที่ให้บริการ : งานสวัสดิการสังคมสำนักปลัด เทศบาลตำบลไชยมงคล

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข ในการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ กำหนดให้ภายในเดือนพฤศจิกายนของทุกปีให้คนพิการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ในปีงบประมาณถัดไป ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีภูมิลำเนาหรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

หลักเกณฑ์

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

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

ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยรับเงินสดด้วยตนเองหรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์ผู้อนุบาลแล้วแต่กรณี ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบคนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถให้ผู้แทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว

ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบคนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถให้ผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์หรือผู้อนุบาลแล้วแต่กรณียื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว วิธีการ

๑. คนพิการที่จะมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไปให้คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์ผู้อนุบาลแล้วแต่กรณียื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ สถานที่และภายในระยะเวลาที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศกำหนด
๒. กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณที่ผ่านมาให้ถือว่าเป็นผู้ได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้แล้ว
๓. กรณีคนพิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการได้ย้ายที่อยู่และยังประสงค์ประสงค์จะรับเงินเบี้ยความพิการต้องไปแจ้งต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด เทศบาลตำบลไชยมงคล ๖๖๖ หมู่ ๑ ตำบลไชยมงคล อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัด นครราชสีมา ๓๐๐๐๐ โทร. ๐๔๔-๐๘๑๐๘๑ /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน	เปิดให้บริการวัน จันทร์ - วันศุกร์ ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : ๑.การรับลงทะเบียน ๗ นาที

๒.ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ ตามที่กฎหมายกำหนด

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
๑	การตรวจสอบเอกสาร/การรับลงทะเบียน ยื่นแบบแสดงความจำนรับเงินเบี้ยความพิการ และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบ เอกสาร (เฉพาะราย) (หากไม่ครบถ้วนจะต้องดำเนินการแก้ไขให้ถูกต้อง) หมายเหตุ : เปิดรับขึ้นทะเบียนระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙	๗ นาที	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด เทศบาลตำบลไชยมงคล
๒	การพิจารณา ตรวจสอบคุณสมบัติของผู้มายื่นแบบแสดงความจำนรับที่ รับจากลงทะเบียน (หมายเหตุ: (หลังปิดรับลงทะเบียนจะดำเนินการประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับ เงินเบี้ยความพิการก่อนดำเนินการจ่ายเงินทั้งหมดทุกราย	ประกาศรายชื่อ ใน ทุกเดือน /ตามที่ กฎหมายกำหนด	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด เทศบาลตำบลไชยมงคล

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
๑)	บัตรประจำตัวคนพิการ สำเนา ๑ ฉบับ หมายเหตุ (บัตรประจำตัวประชาชนผู้ลงทะเบียน)	สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์จังหวัดนครราชสีมา
๒)	สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนา ๑ ฉบับ หมายเหตุ (สำเนาทะเบียนบ้านคนพิการ)	กรมการปกครอง /ที่ทำการปกครองอำเภอ
๓)	บัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจรับเงินแทน) สำเนา ๑ ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการปกครอง /ที่ทำการปกครองอำเภอ
๔)	แบบคำขอรับลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ปี ๒๕๖๙ ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา - หมายเหตุ -	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด เทศบาลตำบลไชยมงคล
๕)	แบบคำขอมอบอำนาจรับเงินเบี้ยยังชีพแทน (กรณีมอบอำนาจแทน) ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา - หมายเหตุ -	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด เทศบาลตำบลไชยมงคล
๖)	หน้าสมุดบัญชีธนาคาร (กรณีรับเงินผ่านธนาคาร) สำเนา ๑ ฉบับ หมายเหตุ -	-

ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
ไม่มีข้อมูลค่าธรรมเนียม		

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
๑)	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด เทศบาลตำบลไชยมงคล ๖๖๖ หมู่ ๑ ตำบลไชยมงคล อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ๓๐๐๐๐ โทร. ๐๔๔-๐๘๑๐๘๑ www.chaimongkon.go.th

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
๑)	แบบแสดงความจำนงรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปี ๒๕๖๙ (หมายเหตุ: -)
๒)	หนังสือมอบอำนาจ (หมายเหตุ: -)

หมายเหตุ

เอกสารประกอบการพิจารณา : การขึ้นทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ หน่วยงานที่
ให้บริการ : งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด เทศบาลตำบลไชยมงคล

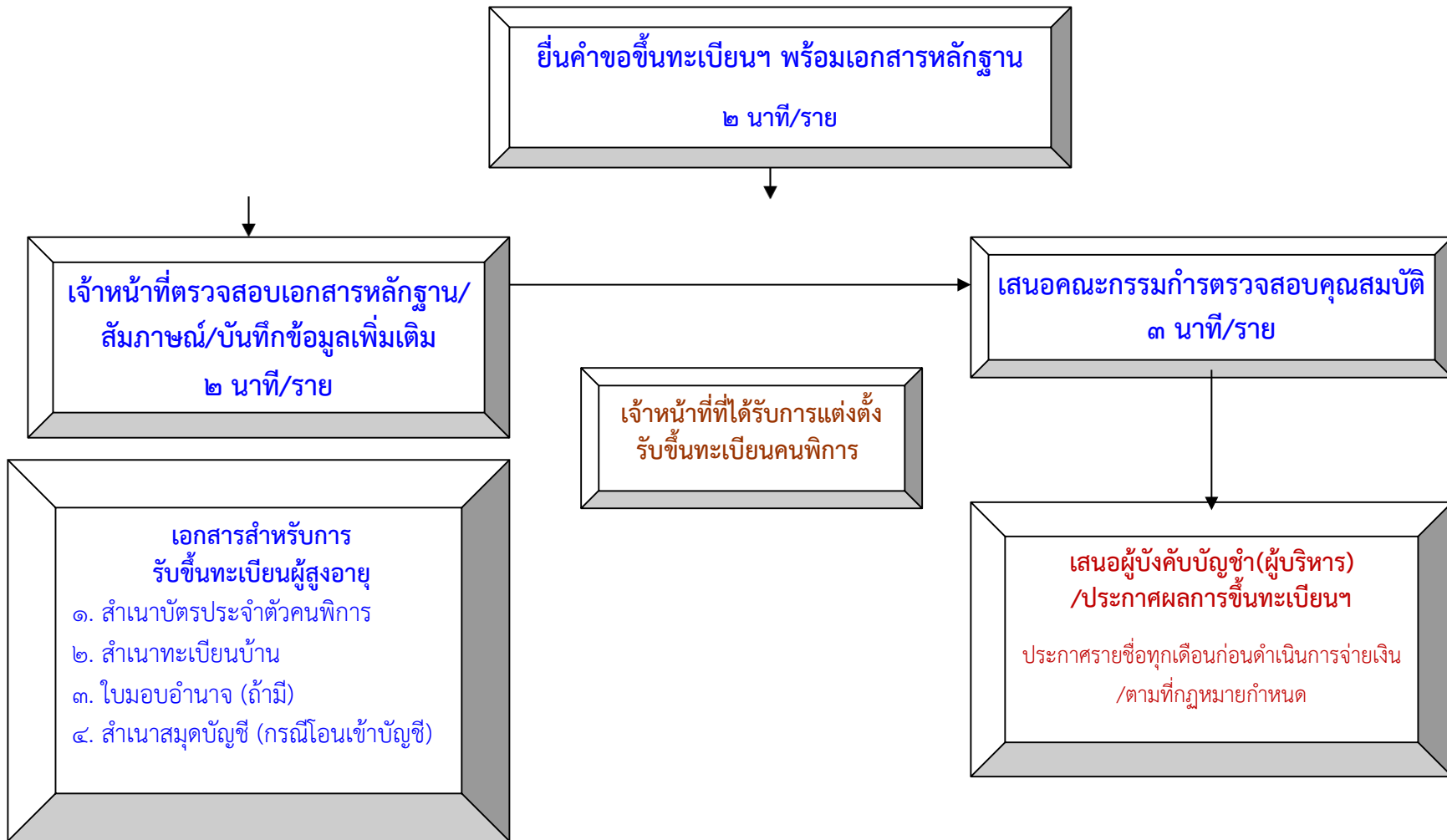
เอกสารประกอบการขออนุญาต

	รายการเอกสาร	ตัวจริง	สำเนา	เงื่อนไข	
๑	บัตรประจำตัวคนพิการ	-	๑	-	☐
๒	สำเนาทะเบียนบ้าน	-	๑	-	☐
๓	บัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจรับเงินแทน)	-	๑	-	☐
๔	แบบคำขอรับลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ปี ๒๕๖๙	-	๑	-	☐
๕	แบบคำขอมอบอำนาจรับเงินเบี้ยยังชีพแทน (กรณีมอบอำนาจแทน)	-	๑	-	☐
๖	หน้าสมุดบัญชีธนาคาร (กรณีรับเงินผ่านธนาคาร)	-	๑	-	☐

แบบฟอร์มคำขออนุญาต

	รายการเอกสาร	เงื่อนไข	
๑	แบบคำขอรับลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ปี ๒๕๖๙	-	☐
๒	แบบคำขอมอบอำนาจรับเงินเบี้ยยังชีพแทน (กรณีมอบอำนาจแทน)	-	☐

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
การรับขึ้นทะเบียนเบี้ยความพิการ ปี ๒๕๖๙



แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอ ฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา - มารดา ☐ บุตร ☐ สามี - ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบ ฯ
ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....

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

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....เทศบาลตำบลไชยมงคล.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำนำหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่น ๆ (ระบุ)

ชื่อ.....สกุล.....

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

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล.....ไชยมงคล.....อำเภอ.....เมืองนครราชสีมา.....จังหวัด.....นครราชสีมา.....รหัสไปรษณีย์.....๓๐๐๐๐.....

โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการมองเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางออทิสติก☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมสถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ.....

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่.....☐ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....☐ มีอาชีพ (ระบุ).....รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....บาท☐ มีความประสงค์ฝึกอาชีพ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิธนาคาร.....สาขา.....เลขบัญชี ☐☐☐-☐-☐☐☐☐-☐

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีขอรับเงินเบี้ยความพิการขอรับเงินผ่านธนาคาร)☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอ ฯ

แทน) ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

(.....) (.....)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกและทำเครื่องหมาย ☐ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติ ของ นาย/นาง/นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□□ แล้ว ☐ เป็นผู้มีความสมัครใจครบถ้วน ☐ เป็นผู้ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีตำบลไชยมงคล..... คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มี ความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (นางสาววรรณฯ สอนคราม) หัวหน้าฝ่ายอำนวยการ กรรมการ (ลงชื่อ) (นายพิทักษ์ หมายเหินยวกลาง) นิติกรชำนาญการพิเศษ กรรมการ (ลงชื่อ) (นางสำราญ คำระกาย) นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ
คำสั่ง ☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่น ๆ..... (ลงชื่อ) (นายสมโภชน์ นามประสิทธิ์) นายกเทศมนตรีตำบลไชยมงคล วัน/เดือน/ปี.....	

----- ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้ที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้ -----

เอกสารแนบ (รับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ)

๑.สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ๒.สำเนาทะเบียนบ้าน ๓.สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้ลงทะเบียน
ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

การลงทะเบียนนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ ใน
เดือนถัดไปหลังจากประกาศรายชื่อผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้ององค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่นเดิม และไปยื่นคำขอลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ได้ตั้งแต่ย้าย
ภูมิลำเนา ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทึบให้ต่อเนื่อง

หนังสือมอบอำนาจ
ดำเนินการรับเงินเบี้ยยังชีพแทนผู้มีสิทธิ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....ไชยมงคล.....อำเภอ/เขต.....เมืองนครราชสีมา.....จังหวัด.....นครราชสีมา.....

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

เป็นผู้มีอำนาจดำเนินการรับเงิน

- ☐ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จำนวนเงิน.....บาท
☐ เบี้ยความพิการ
☐ เงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ดำเนินการแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการและมีระยะเวลาการมอบอำนาจรับเงินเบี้ยยังชีพไม่เกินปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘
ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้ เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วย ตนเอง
ทั้งสิ้น และข้าพเจ้าซึ่งเป็นผู้รับมอบอำนาจหากตรวจสอบภายหลังพบว่าได้ปลอมแปลงเอกสารอันเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินดีคืน เงินส่วน
ที่ข้าพเจ้ามิควรได้แก่เทศบาลตำบลไชยมงคล เต็มจำนวน และข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการทางกฎหมาย ทุกประการ

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)