

## คู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เรื่อง การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

|                      |                                                                                                      |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| งานที่ให้บริการ      | การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ                                                         |
| หน่วยงานที่รับผิดชอบ | งานสวัสดิการและสังคมสงเคราะห์ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองพะไล อำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมา |

### หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๒ กำหนดให้ภายในเดือนพฤศจิกายนของทุกปีให้คนพิการ ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ในปีงบประมาณถัดไป ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา หรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

หลักเกณฑ์ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

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

ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการโดยรับเงินสดด้วยตนเอง หรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี

ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบ คนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว

#### วิธีการ

๑. คนพิการที่จะมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไป ให้คนพิการ หรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ สถานที่และภายในระยะเวลา ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศกำหนด
๒. กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณที่ผ่านมา ให้ถือว่าเป็นผู้ได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้แล้ว
๓. กรณีคนพิการที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการได้ย้ายที่อยู่ และยังประสงค์ประสงค์จะรับเงินเบี้ยความพิการต่อไป แจ้งต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป

### ขั้นตอน ระยะเวลา การให้บริการ

| ที่ | ประเภท<br>ขั้นตอน    | รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ                                                                                                                                                        | ระยะเวลา<br>ให้บริการ | หน่วย<br>เวลา | ส่วนงาน / หน่วยงานที่<br>รับผิดชอบ                              | หมายเหตุ |
|-----|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------|----------|
| ๑)  | การตรวจสอบ<br>เอกสาร | ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยความพิการใน<br>ปีงบประมาณถัดไป หรือผู้รับมอบ<br>อำนาจ ยื่นคำขอ พร้อมเอกสาร<br>หลักฐาน และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำ<br>ร้องขอลงทะเบียน และเอกสาร<br>หลักฐานประกอบ | ๕                     | นาที          | งานสวัสดิการและสังคม<br>สงเคราะห์<br>สำนักปลัด<br>อบต.เมืองพะไล |          |
| ๒)  | การพิจารณา           | ออกไปรับลงทะเบียน ตามแบบยื่นคำ<br>ขอลงทะเบียนให้ผู้ลงทะเบียน                                                                                                                         | ๕                     | นาที          | งานสวัสดิการและสังคม<br>สงเคราะห์<br>สำนักปลัด<br>อบต.เมืองพะไล |          |

รวมระยะเวลา ๑๐ นาที

งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว (ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน)

### รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

| ที่ | รายการเอกสารยืนยันตัวตน                                                                                                         | หน่วยงาน<br>ภาครัฐผู้ออก<br>เอกสาร | จำนวน<br>เอกสาร<br>ฉบับจริง | จำนวน<br>เอกสาร<br>สำเนา | หน่วย<br>นับ<br>เอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|------------------------|----------|
| ๑)  | บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมาย<br>ว่าด้วย การส่งเสริมการคุณภาพชีวิต<br>คนพิการพร้อมสำเนา                                          | -                                  | ๑                           | ๑                        | ชุด                    | -        |
| ๒)  | ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา                                                                                                           | -                                  | ๑                           | ๑                        | ชุด                    | -        |
| ๓)  | สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อม<br>สำเนา (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยความ<br>พิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพ<br>ผู้สูงอายุผ่านธนาคาร) | -                                  | ๑                           | ๑                        | ชุด                    | -        |
| ๔)  | บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่น<br>ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย<br>พร้อมสำเนาของผู้ดูแลคนพิการ                           | -                                  | ๑                           | ๑                        | ชุด                    | -        |

| ที่ | รายการเอกสารยืนยันตัวตน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | หน่วยงาน<br>ภาครัฐผู้ออก<br>เอกสาร | จำนวน<br>เอกสาร<br>ฉบับจริง | จำนวน<br>เอกสาร<br>สำเนา | หน่วย<br>นับ<br>เอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|------------------------|----------|
|     | ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้<br>อนุบาล แล้วแต่กรณี (กรณียื่นคำขอ<br>แทน)                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |                             |                          |                        |          |
| ๕)  | สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อม<br>สำเนาของผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดย<br>ชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่<br>กรณี (กรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมี<br>ผู้แทนโดยชอบ คนเสมือนไร้<br>ความสามารถ หรือคนไร้<br>ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบ<br>ธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่<br>กรณีการยื่นคำขอแทนต้องแสดง<br>หลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว) | -                                  | ๑                           | ๑                        | ชุด                    | -        |

#### เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

| ที่                                   | รายการเอกสาร<br>ยื่นเพิ่มเติม | หน่วยงานภาครัฐผู้<br>ออกเอกสาร | จำนวนเอกสาร<br>ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร<br>สำเนา | หน่วยนับ<br>เอกสาร | หมายเหตุ |
|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------|----------|
| ไม่พบเอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม |                               |                                |                         |                      |                    |          |

#### ช่องทางการให้บริการ

| สถานที่/ช่องทางการให้บริการ                                                                                | ระยะเวลาเปิดให้บริการ                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| งานสวัสดิการและสังคมสงเคราะห์<br>สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองพะไล<br>อำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมา | วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ในเวลาราชการ<br>ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.<br>(ยกเว้นวันหยุดที่ราชการกำหนด) |

#### ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

ขอบเขตการให้บริการ/ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง: ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2562

### ตัวอย่างแบบฟอร์ม แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน 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..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่..... 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 : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ในใหม่เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

☐ ได้รับเงินเบี้ยผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....  
☐ มีอาชีพ (ระบุ)..... รายได้ต่อเดือน (ระบุ)..... (บาท)  
☐ มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ .....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ  
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ ธนาคาร..... สาขา..... เลขที่บัญชี.....

พร้อมแนบเอกสารดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

หมายเหตุให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☒ หน้าข้อความที่ต้องการ

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ</b><br/>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว</p> <p>.....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน</p> <p><input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีความสมัครใจ</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่มีความสมัครใจเนื่องจาก</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p style="text-align: center;">เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ</p> | <p><b>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</b><br/>เรียนนายกองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองพะไล</p> <p>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมี<br/>ความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน    <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p style="text-align: center;">(.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p style="text-align: center;">(.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p style="text-align: center;">(.....)</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**คำสั่ง**

☐ รับขึ้นทะเบียน    ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน    ☐ อื่นๆ.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยืนค้ำขาของตะเบ็นกับไว้

ทะเบียนเลขที่...../.....

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ  
ตั้งแต่วันที่.....พ.ศ..... ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่

ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนโดยทันที ทั้งนี้เพื่อการ  
รักษาสีทึบให้ต่อเนื่อง

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