

## คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

งานสวัสดิการและสังคม สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลโนนงาม

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ ช่องทางการให้บริการ

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

๑. สำนักปลัดฯ องค์การบริหารส่วนตำบลโนนงาม

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (๑-๓๐ พฤศจิกายน)

โทรศัพท์: ๐ ๔๕๕๒-๕๙๒๔  
กำหนด)

(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการ

โทรสาร : ๐ ๔๕๕๒-๕๙๒๔

ตั้งแต่วันที่ ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

เว็บไซต์ : <http://www.nonngam.go.th/>

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

๑. มีสัญชาติไทย

๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโนนงาม (ตามทะเบียนบ้าน)

๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ

๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

๕. กรณีที่ผู้พิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ มอบอำนาจให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำร้องขอแทน

แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและคนดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

๑. ผู้พิการ ยื่นเอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียนผู้พิการ

สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลโนนงาม

๒. เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร, คุณสมบัติ

๓. เสนอคณะผู้บริหาร

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลา ไม่เกิน ๑ วัน

### รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

#### เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

- |  |              |
|--|--------------|
| ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้พิการ   | จำนวน ๑ ชุด  |
| ๒. ใบรับรองความพิการจากแพทย์   | จำนวน ๑ ชุด  |
| ๓. รูปถ่ายผู้พิการ ๑ นิ้ว  | จำนวน ๑ รูป  |
| ๔. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแล  | จำนวน ๑ ชุด  |
| ๕. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขบัญชี)<br>สำหรับกรณีและผู้ขอรับเบี้ยยังชีพคนพิการ ผ่านธนาคาร | จำนวน ๑ ฉบับ |

### ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

### การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลโนนงาม โทรศัพท์: ๐ ๔๕๕๒-๕๙๒๔

หรือ เว็บไซต์ : <http://www.nonngam.go.th/>

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น  บิดา - มารดา  บุตร  สามเณร - ภรรยา  พี่น้อง  ผู้ดูแลคนพิการ  อื่นๆ .....ลงทะเบียนชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

---- ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำนำหน้านาม  เด็กชาย  เด็กหญิง  นาย  นาง  นางสาว  อื่นๆ (ระบุ).....

ชื่อ.....นามสกุล.....

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

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้พิการที่ยื่นคำขอ ----

ประเภทความพิการ  ความพิการทางการเห็น  ความพิการทางสติปัญญา

ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย  ความพิการทางการเรียนรู้  ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

ความพิการทางออกัสติก  ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม  พิการซ้ำซ้อน  ไม่ระบุความพิการ

สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่าร้าง  แยกกันอยู่  อื่น ๆ.....

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

ข้อมูลทั่วไป: สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ

ยังไม่เคยได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ  เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....  ได้รับการ

สงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์  อื่นๆ (ระบุ).....

ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเอง  มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ  ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

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

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

- รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
- ธนาคาร.....ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี .....

**พร้อมแนบเอกสารดังนี้**

- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย  สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
- หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

<p><b>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</b></p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/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"/><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"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ</p> <p>เนื่องจาก.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p><b>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</b></p> <p>เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบล.....</p> <p>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p>
--	--

**คำสั่ง**

รับลงทะเบียน  ไม่รับลงทะเบียน  อื่น ๆ .....

(ลงชื่อ).....

นายกองค้การบริหารส่วนตำบล.....

วัน/เดือน/ปี.....

**ตัดตามเส้นประให้คนพิการที่ขึ้นทะเบียนเก็บไว้**

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ..... ถึง เดือนกันยายน ..... ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น (ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ..... ถึง ๓๐ พฤศจิกายน ..... ) จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายใน เดือนพฤศจิกายน..... เพื่อรักษาสีทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการ

.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน