

## คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ

การขึ้นทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

งานสวัสดิการสังคม กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลริมปิง

### ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ ช่องทางการให้บริการ

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

1. กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลริมปิง

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (1-30 พฤศจิกายน)

โทรศัพท์: 0-5350-0984 ต่อ 18

(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

โทรสาร: 0 53-000102

ตั้งแต่เวลา 08.30 – 16.30 น.

### หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยชีพความพิการ

๑. สัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลริมปิงตามทะเบียนบ้าน
๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

### ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

๑. จัดทำประกาศและประชาสัมพันธ์เขตพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อให้คนพิการที่มีบัตรคนพิการมาจดทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไป ภายในเดือนตุลาคม ของทุกปี
๒. กำหนดวันรับจดทะเบียนผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไปภายในเดือนพฤศจิกายนของทุกปี
๓. ตรวจสอบรายชื่อ/คุณสมบัติ/หลักฐานผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไป ภายในเดือนธันวาคมของทุกปี
๔. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไป ภายในวันที่ ๗ มกราคม ของทุกปี
๕. รวบรวมจำนวนผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไป ส่งให้สำนักงานท้องถิ่น จังหวัดลำพูน ภายในวันที่ ๑๔ มกราคมของทุกปี
๖. คนพิการที่ขึ้นทะเบียนไว้ ตั้งแต่วันที่ ๑- ๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพ เริ่ม ตั้งแต่เดือนตุลาคม ของปีถัดไป (ไม่มีการจ่ายย้อนหลัง)

## รายการเอกสารหลักฐานประกอบ (แนบแบบคำขอ)

### เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

๑. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขบัญชี)  
สำหรับกรณีและผู้ขอรับเบี้ยความพิการ ผ่านธนาคาร จำนวน ๑ ฉบับ

### หลักฐานสำหรับผู้ยื่นแทน

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ
๔. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ
๕. หนังสือมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ

ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบธรรม คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือคนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาลแล้วแต่กรณี ยื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว สำหรับคนพิการกรณีอื่น ซึ่งไม่อาจยื่นคำขอได้ด้วยตนเอง ให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทน โดยให้ผู้เชื่อถือได้รับรองสถานะของคนพิการ แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย

### การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ

๑. ตาย
๒. ขาดคุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการ
๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยความพิการเป็นหนังสือต่อเทศบาลตำบลลพบุรี

## ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

## การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลลพบุรี

โทรศัพท์ : 0-5350-0984 ต่อ 18

## 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.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐-☐☐-☐ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้ ☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐

ความพิการทางจิต ☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ พิการซ้ำซ้อน ☐ ไม่ระบุความพิการ

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ.....

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

## ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ยังไม่เคยได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ..... ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

☐ ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเอง ☐ มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ ☐ ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

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

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

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

**พร้อมแนบเอกสารดังนี้**

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
- ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
- ☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

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="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/>-<input type="text"/> แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ</p> <p>เนื่องจาก.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p style="text-align: right;">เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p> | <p><b>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</b></p> <p>เรียน นายกเทศมนตรีตำบลริมปิง.....</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> |
| <p><b>คำสั่ง</b></p> <p><input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ .....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p style="text-align: center;">นายกเทศมนตรีตำบลริมปิง</p> <p style="text-align: center;">วัน/เดือน/ปี.....</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

**ติดตามเส้นประให้คนพิการที่ขึ้นทะเบียนเก็บไว้**

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการตั้งแต่วันที่.....เดือนตุลาคม ..... ถึง เดือนกันยายน ..... ในอัตราเดือนละ 800 บาท กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น(ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม ..... ถึง 30 พฤศจิกายน ..... ) จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายใน เดือนพฤศจิกายน.....เพื่อรักษาสถานีให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการ

(ลงชื่อ).....

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน