

## คู่มือสำหรับประชาชน เรื่อง การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

งานที่ให้บริการ	การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลโนนรัง

### หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ.๒๕๖๒

**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

### ขั้นตอนการยื่นคำขอ

๑. ให้คนพิการที่ได้จดทะเบียนคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยคนพิการด้วยตนเองที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด และมีสิทธิรับเบี้ยยังชีพคนพิการในเดือนถัดไป โดยมีเอกสารที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยพิการรับรองสำเนาถูกต้อง ดังต่อไปนี้

- (๑) บัตรประจำตัวคนพิการ
- (๒) ทะเบียนบ้าน
- (๓) สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารสำหรับโอนกรณีและผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ

ผ่านธนาคาร

๒. กรณีคนพิการซึ่งได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนึ่งและย้ายภูมิลำเนา ให้คนพิการนั้นไปลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป และให้ได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ในเดือนถัดไป

### วิธีการจ่ายเบี้ยความพิการ

๑. การจ่ายเบี้ยความพิการให้แก่ผู้มีสิทธิตามระเบียบนี้ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจ่ายเป็นเงินสด หรือโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการ หรือในนามผู้ดูแลคนพิการเป็นรายเดือนภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน

๒. การจ่ายเงินให้แก่ผู้ดูแลคนพิการต้องตรวจสอบจนแน่ใจว่าเป็นบุคคลเดียวกับผู้ดูแลคนพิการและต้องได้รับการยืนยันว่าผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการยังมีชีวิตอยู่

### ขั้นตอน ระยะเวลา การให้บริการ

ที่	ประเภท ขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลา ให้บริการ	หน่วย เวลา	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑)	การตรวจสอบ เอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยความพิการ หรือผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอ พร้อมเอกสารหลักฐาน และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอ ลงทะเบียน และเอกสารหลักฐาน ประกอบ	๓	นาที	กองสวัสดิการสังคม อบต.โนนรัง	
๒)	การพิจารณา	ออกไปรับลงทะเบียน ตามแบบยื่น คำขอลงทะเบียนให้ผู้ลงทะเบียน	๒	นาที	กองสวัสดิการสังคม อบต.โนนรัง	

รวมระยะเวลา ๕ นาที

งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

## รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

### เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วย นับ เอกสาร	หมายเหตุ
๑)	บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วย การส่งเสริมการคุณภาพชีวิตคนพิการพร้อมสำเนา	-	๑	๑	ชุด	-
๒)	บัตรประจำตัวประชาชนคนพิการ	-	๑	๑	ชุด	
๓)	ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา	-	๑	๑	ชุด	-
๔)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีและผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)	-	๑	๑	ชุด	-
๕)	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี (กรณียื่นคำขอแทน)	-	๑	๑	ชุด	-
๖)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี (กรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบ คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือคนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณีการยื่นคำขอแทนต้องแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว)	-	๑	๑	ชุด	-

## เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

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

## ช่องทางการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลโนนรัง	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ในเวลา ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. (ยกเว้นวันหยุดที่ราชการกำหนด)

## ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

## ช่องทางร้องเรียน

- ๑) ช่องทางการร้องเรียน องค์การบริหารส่วนตำบลโนนรัง  
โทร. ๐๔๔ - ๗๕๖๖๕๒  
[www.nonrung.go.th](http://www.nonrung.go.th) ช่องทางแจ้งเรื่องร้องเรียน

ขอบเขตการให้บริการ/ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง : ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ย  
ความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. ๒๕๖๒

ทะเบียนเลขที่..... /.....

## แบบคำขอการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับ  
 คนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น  บิดา - มารดา  บุตร  สามเณร - ภรรยา  พี่ - น้อง  ผู้ดูแลคนพิการ  
 ชื่อ - นามสกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....เลขที่  
 บัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบ ---  
 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.....

จังหวัดนครราชสีมา รหัสไปรษณีย์ ๓๐๒๗๐ โทรศัพท์.....

หมายเลขประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ ---ประเภทความพิการ  ความพิการทางการมองเห็น  ความพิการทางสติปัญญา ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย  ความพิการทางการเรียนรู้ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย  ความพิการทางออกัสติก ความพิการทางจิตใจหรือทางพฤติกรรมสถานภาพสมรส  โสด  สมรส  หม้าย  หย่าร้าง  แยกกันอยู่  อื่นๆ (ระบุ).....

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ  ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ  เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

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

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

 รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร..... สาขา..... เลขที่บัญชี.....

## พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

 สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ  สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการมีความประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร) หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่เป็นบุคคลที่อยู่ในอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐและ  
 ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการหากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการ  
 ตามกฎหมาย

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

(.....)

(.....)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

<p><b>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</b> 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"/><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</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p><b>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</b> เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลโนนรัง</p> <p>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน</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"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>นายกองค้การบริหารส่วนตำบลโนนรัง</p> <p>วัน/เดือน/ปี.....</p> <p>วัน/เดือน/ปี.....</p>	

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....)

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยจะได้รับเงินเบี้ย  
ความพิการ ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ..... ในอัตราเดือนละ .....บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคน  
พิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่  
ภายในเดือนโดยทันที ทั้งนี้เพื่อการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง