

**คู่มือสำหรับประชาชน : การขึ้นทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ**  
**หน่วยงานที่ให้บริการ : งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลตาวั่ง**

**หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต**

๑. เป็นผู้ที่มีสัญชาติไทย
๒. เป็นผู้ที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖
๓. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลตาวั่งตามทะเบียนบ้าน
๔. ไม่เป็นบุคคลอยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐตามบัญชีรายชื่อที่ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ประกาศกำหนด
๕. กรณีบุคคลที่ถือบัตรอื่น เช่น บัตรประจำตัวบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน ถือว่าขาดคุณสมบัติไม่สามารถขึ้นทะเบียนได้

**หมายเหตุ**

- ๑) ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว
- ๒) กรณีคำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน/หรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์ เป็นเหตุไม่ให้อาจพิจารณาได้ เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือเอกสารหลักฐานที่ยื่นเพิ่มเติม โดยผู้ยื่นคำขอจะต้องดำเนินการแก้ไข และ/หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึกดังกล่าว มิเช่นนั้นจะถือว่าผู้ยื่นคำขอละทิ้งคำขอ โดยเจ้าหน้าที่และผู้ยื่นคำขอหรือผู้ได้รับมอบอำนาจจะลงนามบันทึกดังกล่าว และจะมอบสำเนาบันทึกความบกพร่องดังกล่าวให้ผู้ยื่นคำขอหรือผู้ได้รับมอบอำนาจไว้เป็นหลักฐาน
- ๓) เจ้าหน้าที่จะแจ้งผลการพิจารณาเป็นประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการให้ทราบ นับแต่วันที่พิจารณาแล้วเสร็จ ตามมาตรา ๑๐ แห่ง พ.ร.บ. การอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ.๒๕๕๘

**ช่องทางการให้บริการ**

<p><b>สถานที่ให้บริการ</b> (หมายเหตุ: (เปิดรับขึ้นทะเบียนทุกวันตลอดปีงบประมาณ ในวันจันทร์ – วันศุกร์ ยกเว้นวันหยุดราชการ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ ระหว่างเวลา ๘.๐๐ น. – ๑๖.๐๐ น. )) งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลตาวั่ง (เลขที่ ๖๘ ม.๓ ต.ตาวั่ง อ.บัวเขต จ.สุรินทร์ ๓๒๒๓๐ โทร. ๐๔๔-๕๕๘๘๖๗) /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน</p>	<p><b>ระยะเวลาเปิดให้บริการ</b> เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๐๐ - ๑๖:๐๐ น. (มีพักเที่ยง)</p>
--	--

## ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : ๑.การรับลงทะเบียน ๗ นาที ๒.ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ ตามที่กฎหมายกำหนด

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
๑)	การตรวจสอบเอกสาร/การลงทะเบียน ยื่นแบบแสดงความจำนงรับเงินเบี้ยความพิการ และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร (เฉพาะราย) (หากไม่ครบถ้วนจะต้องดำเนินการแก้ไขให้ถูกต้อง) (หมายเหตุ: (เปิดรับขึ้นทะเบียนระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕- ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ และวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๖ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)	๗ นาที	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบล ดาวัง
๒)	การพิจารณา ตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ยื่นแบบแสดงความจำนงทันที รับจากลงทะเบียน (หมายเหตุ: (หลังปิดรับลงทะเบียนจะดำเนินการประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับ เงินเบี้ยความพิการก่อนดำเนินการจ่ายเงินทั้งหมดทุกราย	ประกาศรายชื่อ ในทุกเดือน /ตามที่ กฎหมาย กำหนด	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบล ดาวัง

## รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
๑)	บัตรประจำตัวคนพิการ ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๑ ฉบับ หมายเหตุ (บัตรประจำตัวประชาชนผู้ลงทะเบียน)	สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์จังหวัดสุรินทร์
๒)	สำเนาทะเบียนบ้าน ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๑ ฉบับ หมายเหตุ (สำเนาทะเบียนบ้านคนพิการ)	กรมการปกครอง /ที่ทำการปกครองอำเภอ
๓)	บัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจรับเงินแทน) ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๑ ฉบับ หมายเหตุ -	กรมการปกครอง /ที่ทำการปกครองอำเภอ
๔)	แบบคำขอรับลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ปี ๒๕๖๖ ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา - หมายเหตุ -	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลดาวัง
๕)	แบบคำขอมอบอำนาจรับเงินเบี้ยยังชีพแทน (กรณีมอบอำนาจแทน) ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา - หมายเหตุ -	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลดาวัง
๖)	หน้าสมุดบัญชีธนาคาร (กรณีรับเงินผ่านธนาคาร) ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๑ ฉบับ หมายเหตุ -	-

ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ไร่/ละ)
ไม่มีข้อมูลค่าธรรมเนียม		

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
๑)	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลตาวััง เลขที่ ๖๘ ม.๓ ต.ตาวััง อ.บัวเขต จ.สุรินทร์ ๓๒๒๓๐ โทร. ๐๔๔-๕๕๘๘๙๖๗ www.tawangsaio.go.th

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
๑)	แบบแสดงความจำนงรับเงินเบี้ยความพิการ ปี ๒๕๖๖ (หมายเหตุ: -)
๒)	หนังสือมอบอำนาจ (หมายเหตุ: -)

หมายเหตุ

เอกสารประกอบการพิจารณา : การขึ้นทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ

หน่วยงานที่ให้บริการ : งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลตาวััง

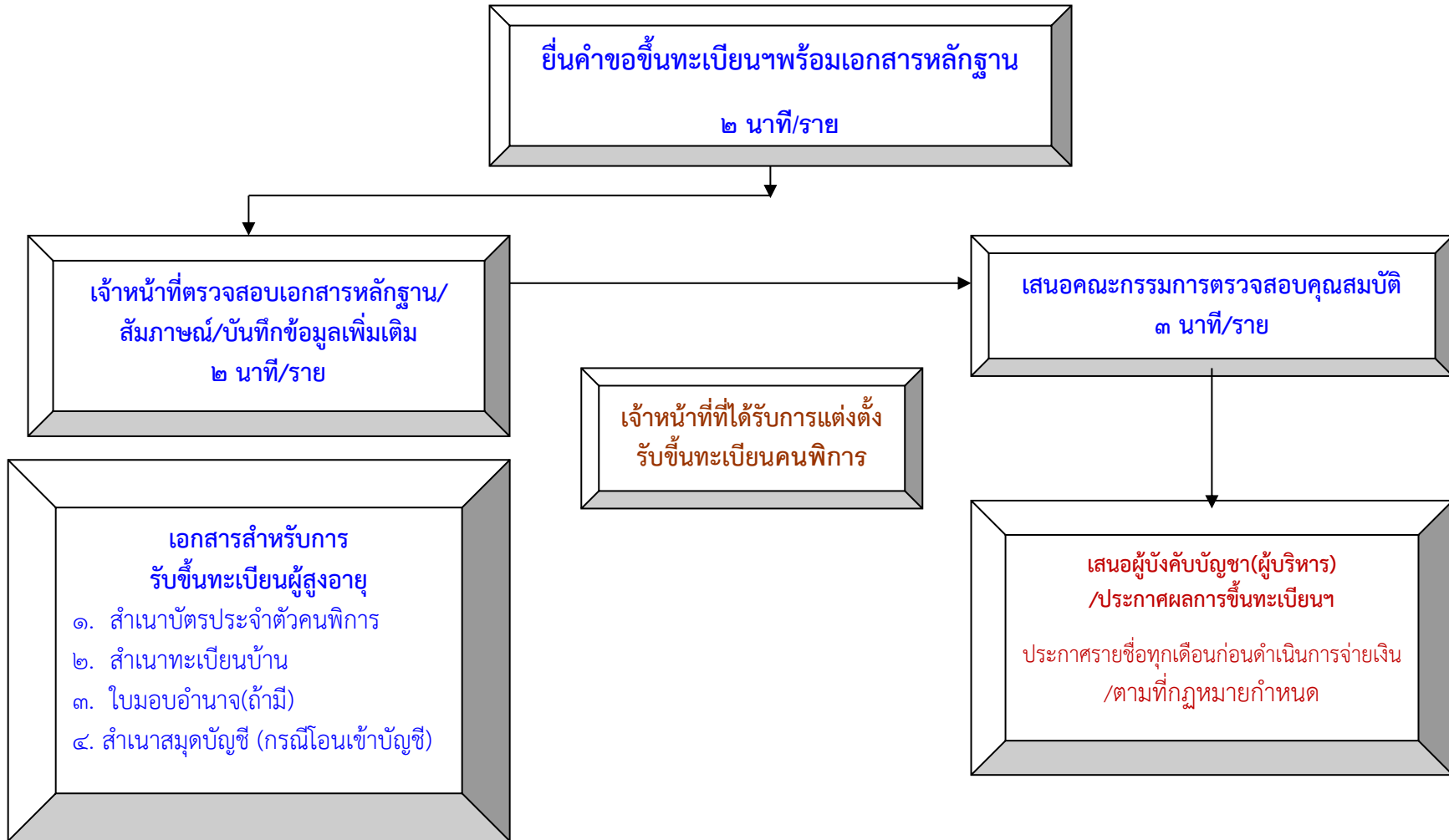
เอกสารประกอบการขออนุญาต

	รายการเอกสาร	ตัวจริง	สำเนา	เงื่อนไข	
๑	บัตรประจำตัวคนพิการ	๑	๑	(บัตรประจำตัวคนพิการ)	<input type="checkbox"/>
๒	สำเนาทะเบียนบ้าน	๑	๑	-	<input type="checkbox"/>
๓	บัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจรับเงินแทน)	๑	๑	(สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ)	<input type="checkbox"/>
๔	แบบคำขอรับลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ปี ๒๕๖๖	๑	๑	-	<input type="checkbox"/>
๕	แบบคำขอมอบอำนาจรับเงินเบี้ยยังชีพแทน (กรณีมอบอำนาจแทน)	๑	๑	-	<input type="checkbox"/>
๖	หน้าสมุดบัญชีธนาคาร (กรณีรับเงินผ่านธนาคาร)	๑	๑	-	<input type="checkbox"/>

แบบฟอร์มคำขออนุญาต

	รายการเอกสาร	เงื่อนไข	
๑	แบบคำขอรับลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ปี ๒๕๖๖	-	<input type="checkbox"/>
๒	แบบคำขอมอบอำนาจรับเงินเบี้ยยังชีพแทน (กรณีมอบอำนาจแทน)	-	<input type="checkbox"/>

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ  
การรับขึ้นทะเบียนเบี้ยความพิการ ปี ๒๕๖๖



## แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอ ฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ  
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น  บิดา  มารดา  บุตร  สามเณร  ภรรยา  พี่น้อง  ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบ ฯ

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....เลข

ประจำตัวประชาชน ---- ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

## ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....องค์การบริหารส่วนตำบลตาวัง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ชื่อ.....สกุล.....

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

อยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่บ้าน

.....ตำบล/แขวง.....ตาวัง.....อำเภอ/เขต.....บัวเขต.....จังหวัด.....สุรินทร์.....

รหัสไปรษณีย์...๓๒๒๓๐.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ  -  -  -

ประเภทความพิการ  ความพิการทางการมองเห็น  ความพิการทางสติปัญญา

ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย  ความพิการทางการเรียนรู้

ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย  ความพิการทางออทิสติก

ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพสวัสดิการภาครัฐ  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  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ ธนาคาร

.....สาขา.....เลขบัญชี  -  -  -

## พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ  สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีขอรับเงินเบี้ยความพิการขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

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

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

<p><b>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</b> เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว ..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน <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 <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ขาดคุณสมบัติ ..... (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p><b>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</b> เรียน ....นายกองค์การบริหารส่วนตำบลตาวั่ง..... คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน      <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้น ทะเบียน  กรรมการ (ลงชื่อ) (นายอิทธิพล ฤทธิ์มนตรี) นักวิชาการเกษตร  กรรมการ (ลงชื่อ) (นายไชยพร สอนงาม) ผู้ช่วยเจ้าพนักงานธุรการ  กรรมการ (ลงชื่อ) (นายนราธิป ดวงชื่น) นักพัฒนาชุมชน</p>
<p><b>คำสั่ง</b> <input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน      <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน      <input type="checkbox"/> อื่น ๆ .....</p> <p>(ลงชื่อ)..... (นายจักรพันธ์ สอนงาม) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลตาวั่ง วัน/เดือน/ปี .....</p>	

ติดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

เอกสารแนบ (รับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ)

๑.สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ

๒.สำเนาทะเบียนบ้าน

๓.สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้ลงทะเบียน

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

การลงทะเบียนนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ  
ในเดือนถัดไปหลังจากประกาศรายชื่อผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้ององค์กรปกครองส่วน  
ท้องถิ่นเดิม และไปยื่นคำขอลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ได้ตั้งแต่ย้าย  
ภูมิลำเนา ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

หนังสือมอบอำนาจ  
ดำเนินการรับเงินเบี้ยยังชีพแทนผู้มีสิทธิ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่..... ออกให้ ณ..... เมื่อวันที่.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... ตาวัง..... อำเภอ/เขต..... บัวเขต..... จังหวัด..... สุรินทร์.....

ขอมอบอำนาจให้..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่..... ออกให้ ณ..... เมื่อวันที่.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจดำเนินการรับเงิน

- เบี้ยความพิการ จำนวนเงิน..... บาท
- เบี้ยความพิการ
- เงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ดำเนินการแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการและมีระยะเวลาการมอบอำนาจรับเงินเบี้ยยังชีพไม่เกินปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้ เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น และข้าพเจ้าซึ่งเป็นผู้รับมอบอำนาจหากตรวจสอบภายหลังพบว่าได้ปลอมแปลงเอกสารอันเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินดีคืนเงินส่วนที่ข้าพเจ้ามิควรได้แก่องค์การบริหารส่วนตำบลตาวัง .....เต็มจำนวน และข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการทางกฎหมายทุกประการ

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน  
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน  
(.....)