

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

งานสวัสดิการและสังคม สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลดอนดั่ง

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ ช่องทางการให้บริการ

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

1.สำนักงานปลัดฯ องค์การบริหารส่วนตำบลดอนดั่ง

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (1-30 พฤศจิกายน)

โทรศัพท์: 043-210-384

(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

โทรสาร : 043-210-384

ตั้งแต่เวลา 08.30 – 16.30 น.

เว็บไซต์ : <http://www.dondang.go.th>

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

- 1.มีสัญชาติไทย
- 2.มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลดอนดั่ง (ตามทะเบียนบ้าน)
- 3.มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- 4.ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ
- 5.กรณีที่ผู้พิการไม่สามารถลงทะเบียนด้วยตนเองได้ มอบอำนาจให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำร้องขอแทน แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและคนดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

1.ผู้พิการ ยื่นเอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียนผู้พิการ

สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลดอนดั่ง

2.เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร,คุณสมบัติ

3.เสนอคณะผู้บริหาร

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลา ไม่เกิน 1 วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

- | | | |
|---|-------|--------|
| 1.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้พิการ | จำนวน | 1 ชุด |
| 2.ใบรับรองความพิการจากแพทย์ | จำนวน | 1 ชุด |
| 3.รูปถ่ายผู้พิการ 1 นิ้ว | จำนวน | 1 รูป |
| 4.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแล | จำนวน | 1 ชุด |
| 5.สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขบัญชี)
สำหรับกรณีและผู้ขอรับเบี้ยยังชีพคนพิการ ผ่านธนาคาร | จำนวน | 1 ฉบับ |

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลดอนดั่ง โทรศัพท์: 043-210-384

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

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา - มารดา บุตร สามเฒ่า - ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลคนพิการ อื่นๆลงทะเบียนชื่อ - 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..... มีชื่ออยู่ในสำเนา

ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้พิการที่ยื่นคำขอ ----

ประเภทความพิการ ความพิการทางการเห็น ความพิการทางสติปัญญา

ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางออสติก ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม พิกัดซ้ำซ้อน ไม่ระบุความพิการ
สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ.....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้โทรศัพท์.....

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 ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือน
จาก

หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุก
ประการ

(ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ).....

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

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง □ หน้าข้อความที่ต้องการ

-2-

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</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"/> แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ</p> <p>เนื่องจาก.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</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).....

นายกองค์การบริหารส่วนตำบล.....

วัน/เดือน/ปี.....

ติดตามเส้นประให้คนพิการที่ขึ้นทะเบียนเก็บไว้

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึง เดือนกันยายน ในอัตราเดือนละ 800 บาท กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น(ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม ถึง 30 พฤศจิกายน) จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายใน เดือนพฤศจิกายน..... เพื่อรักษาสิทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการ

.....
เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน