



คู่มือการปฏิบัติงานพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลสันติสุข

- การลงทะเบียนและยื่นคำร้องขอรับเบี้ยความพิการ



งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลสันติสุข

โทร 053-722238-11

เบี้ยยังชีพคนพิการ

เบี้ยคนพิการ หรือ เบี้ยยังชีพคนพิการ เป็นหนึ่งในสิทธิที่อยู่ใน “กลุ่มเปราะบาง” ซึ่งจะได้รับเฉพาะผู้ที่ขึ้นทะเบียนมีบัตรประจำตัวคนพิการถูกต้อง และมีสิทธิลงทะเบียนขอรับเบี้ยคนพิการ ได้รับเงินคนละ 800 - 1,000 บาท/เดือน จะจ่ายเป็นเงินสด หรือจ่ายผ่านบัญชีธนาคาร ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน แต่หากวันใดตรงกับวันหยุด เงินจะโอนเข้าก่อนวันหยุดนั้น และสิ้นสุดลงเมื่อคนพิการเสียชีวิต หรือแจ้งขอสละสิทธิ

กฎหมาย

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยคนพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึงฉบับที่ 4 พ.ศ. 2562

หลักเกณฑ์การได้รับเงิน

ผู้พิการที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี จะได้รับเงิน 1,000 บาทต่อเดือน

ผู้พิการที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จะได้รับเงิน 800 บาทต่อเดือน

คุณสมบัติผู้มีสิทธิรับเบี้ยคนพิการ

(1) มีสัญชาติไทย

(2) มีบัตรประจำตัวคนพิการ

(3) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน

(4) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือเอกชนที่ได้รับเงินอุดหนุนส่วนใหญ่

จากรัฐ

(5) คนพิการซึ่งได้รับสิทธิตามที่บัญญัติไว้ในกฎหมายหรือระเบียบอื่น ไม่เป็นการตัดสิทธิที่คนพิการจะได้รับสิทธิตามระเบียบ

การยืนยันสิทธิเพื่อขอรับ เบี้ยคนพิการ

1. กรณีเป็นคนพิการรายใหม่ที่ยังไม่เคยลงทะเบียน

ให้คนพิการที่ได้จดทะเบียนคนพิการตามกฎหมาย ว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ยืนยัน สิทธิและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยคนพิการด้วยตนเอง ได้ที่องค์การบริหารส่วนตำบลสันติสุข และมีสิทธิรับเงิน เบี้ยคนพิการในเดือนถัดไป

2. กรณีเป็นคนพิการที่ได้รับเบี้ยคนพิการแล้ว และได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่ ให้มายืนยันสิทธิได้ที่องค์การบริหารส่วนตำบลสันติสุข ตั้งแต่วันที่ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามา และจะได้รับเงินเบี้ยคนพิการจากองค์การบริหารส่วนตำบลสันติสุขในเดือนถัดไป

3. เอกสารที่ต้องนำมาในวันที่ใช้ยืนยันสิทธิรับเบี้ยคนพิการ

(1) บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมาย ว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ

(2) ทะเบียนบ้าน

(3) สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร

(4) หนังสือมอบอำนาจ พร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณี ยื่นคำร้องขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยคนพิการแทน)

การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

การดำเนินการต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ สามารถต่อได้ที่สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเชียงราย หรือฝากต่อที่ งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลสันติสุข โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

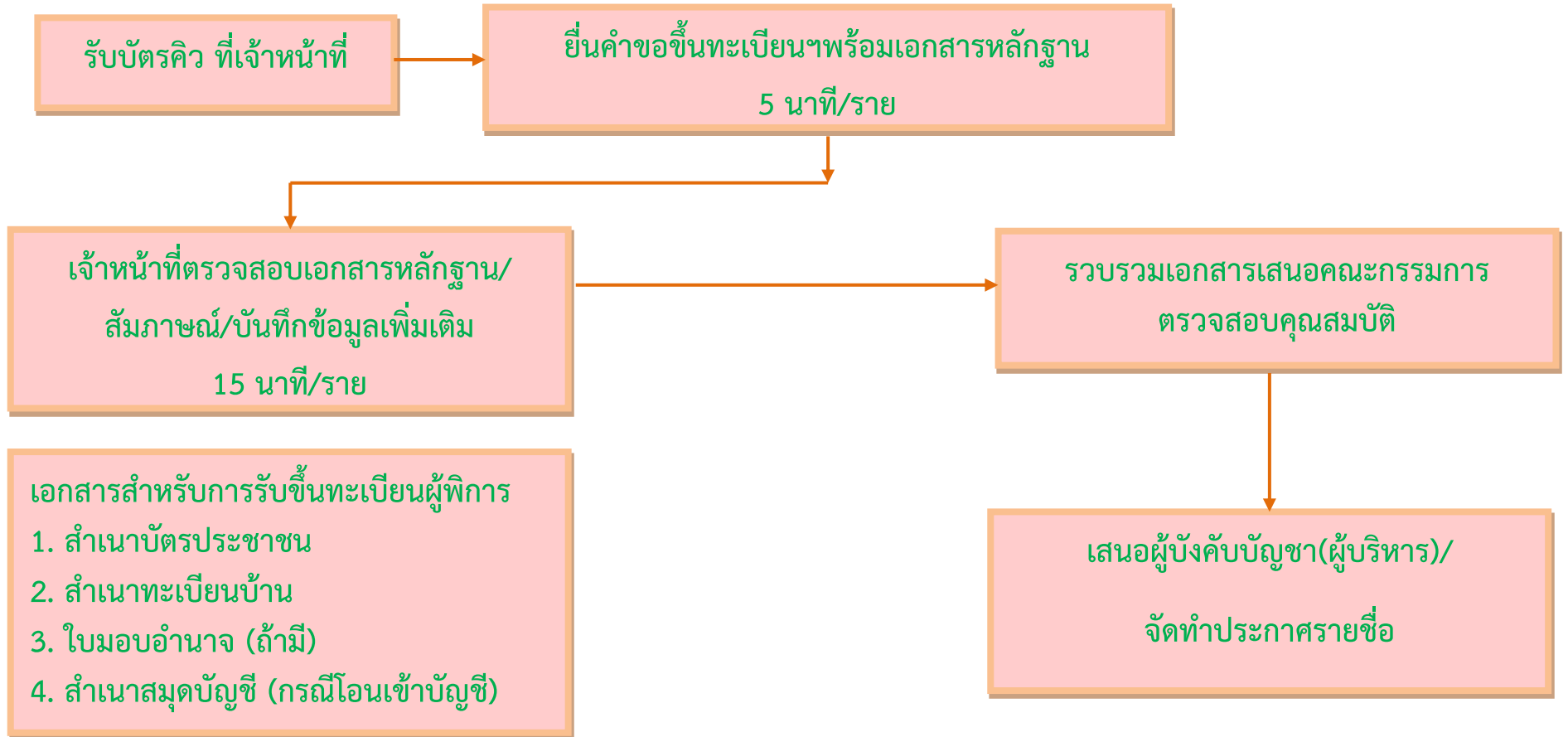
1. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม
2. รูปถ่าย ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านอย่างละ 1 ฉบับ
4. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และ สำเนาทะเบียนบ้าน ในกรณีมีผู้ดูแล

การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ

การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ สามารถติดต่อได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดเชียงราย หรือฝากต่อที่ งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลสันติสุข โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

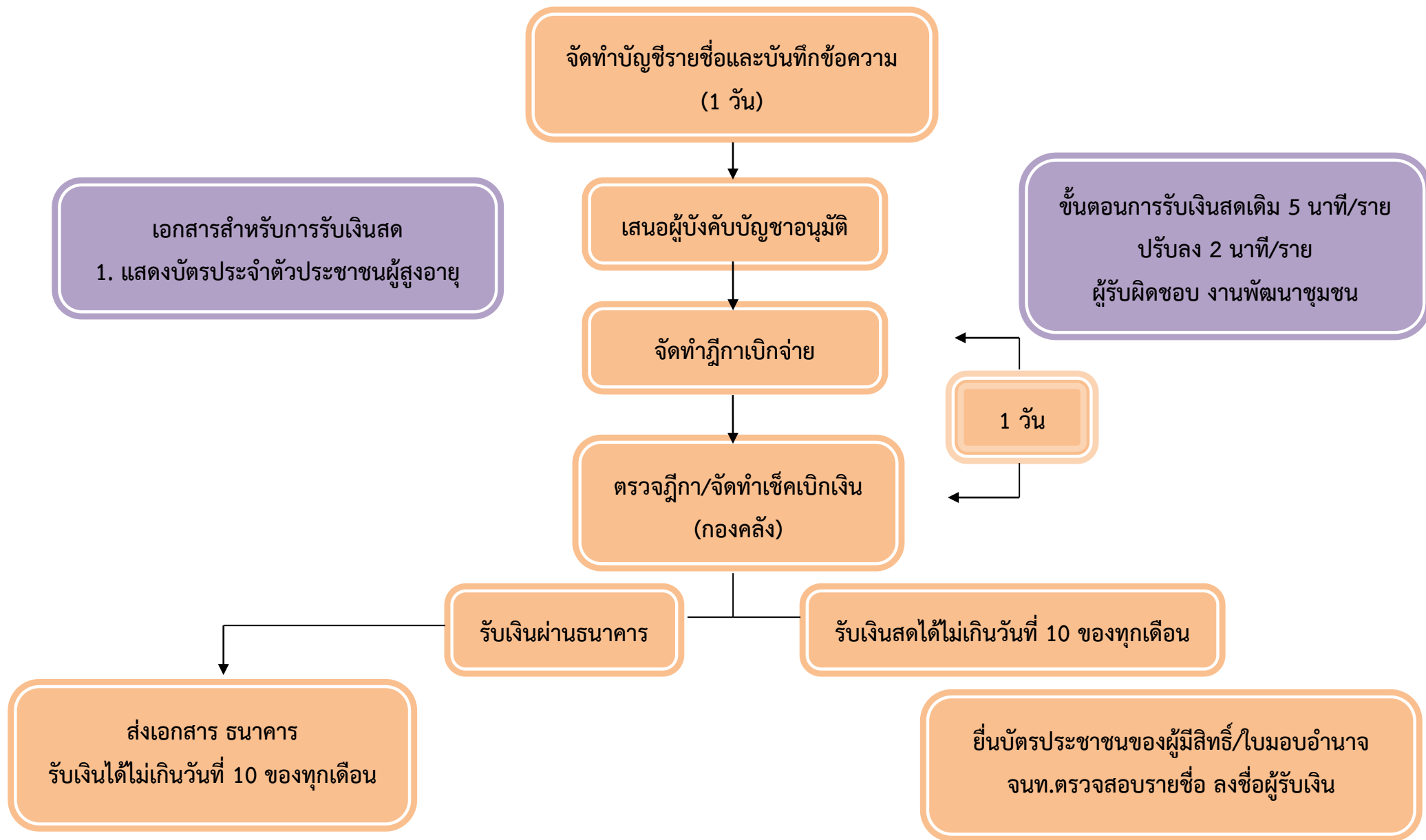
1. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ 1 ฉบับ
3. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนเดิม ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน
4. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน
5. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ
6. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้รับรอง จำนวน 1 ฉบับ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ส.อบต. หรือข้าราชการ ระดับ 3 ขึ้นไป)

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
(การขึ้นทะเบียนผู้พิการ)



ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ เดิม 20 นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด 3-5 นาที/ราย

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
(การเบิกจ่ายเบี้ยความผู้พิการ)



แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน:ผู้ยื่นคำขอฯ แทนฯ ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ
 ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา - มารดา บุตร สามี - ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ
 ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....

เลขประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....

ด้วยข้าพเจ้า(นาย / นาง / นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....

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

ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชุมชน.....ตรอก/ซอย.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ - - - -

- ประเภทความพิการ ความพิการทางการเห็น ความพิการทางสติปัญญา
 ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้
 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางออกทิสติก
 พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ.....

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

เกี่ยวข้องกับโดยเป็น บิดา-มารดา บุตร สามี- ภรรยา พี่น้อง อื่นๆ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ

- ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
 ได้รับเงินคนพิการ มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือกวิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สำเนาทะเบียนบ้าน
 สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจผู้ดูแลคนพิการและผู้รับมอบอำนาจ
 บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและขอข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอมให้
 ตรวจสอบข้อมูลกับหลักฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
 (.....)

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

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว</p> <p>.....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่ดีคุณสมบัติ ดังนี้</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ)</p> <p>(.....)</p> <p>เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายก เทศมนตรี/อบต.....</p> <p>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้</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>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>นายก เทศมนตรี / นายก อบต.....</p> <p>วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p>	

----- (ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้พิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้) -----

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยจะได้รับเงิน
เบี้ยความพิการตั้งแต่เดือน.....ในอัตราเดือนละ.....บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน
กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่
ภายในเดือนโดยทันที ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง