

# การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพความพิการ

## งานที่ให้บริการ

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ

## ขอบเขตการให้บริการ

### สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

สำนักงาน สำนักปลัด อบต.นาสว่าง  
โทรศัพท์ : ๐-๔๕๙๕-๓๔๙๒  
โทรสาร : ๐-๔๕๙๕-๓๔๙๒

### ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้น วันหยุดที่ทางราชการกำหนด)  
เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๒.๐๐ น. และ ๑๓.๐๐ - ๑๖.๓๐ น.

## หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๙ กำหนดให้คนพิการที่ได้จดทะเบียนคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด และมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป

### หลักเกณฑ์

๑. มีสัญชาติไทย
๒. เป็นผู้ที่มีชื่อตามทะเบียนบ้านอยู่ในเขต อบต.นาสว่าง
๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยรับเงินสดด้วยตนเอง หรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณีในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบธรรม คนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถให้ผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณียื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว

### วิธีการ

๑. คนพิการที่จะมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด
๒. กรณีคนพิการที่ได้รับเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองท้องถิ่นในปีงบประมาณที่ผ่านมา ให้ถือว่าเป็นผู้ได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้แล้ว
๓. กรณีคนพิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการย้ายที่อยู่ และยังคงประสงค์จะรับเงินเบี้ยความพิการต้องไปแจ้งต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป

## ขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการ

01

### ขั้นตอนการให้บริการ

คนพิการนำเอกสารมายื่นให้เจ้าหน้าที่ พร้อมทั้งกรอกข้อมูลในแบบคำขอ

02

### ขั้นตอนการให้บริการ

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร (๕ นาที)

03

### ขั้นตอนการให้บริการ

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้น (๕ นาที)

04

### ขั้นตอนการให้บริการ

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ (๑ วัน)

05

### ขั้นตอนการให้บริการ

จัดทำบัญชีรายชื่อ ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงิน

### ระยะเวลา



วัน และเวลาในราชการ

เริ่มตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๒.๐๐ น.

และ ๑๓.๐๐ - ๑๖.๓๐ น.

ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการทั้งสิ้น

ไม่เกิน ๑๕ นาที/ราย

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ  
งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด  
อบต.นาสว่าง

## รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

๑. บัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
๒. ทะเบียนบ้าน (ปัจจุบัน) พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (กรณีขอรับเงินโดยผ่านธนาคาร) จำนวน ๑ ฉบับ
๔. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ฉบับ
๕. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีขอรับผ่านธนาคาร) จำนวน ๑ ฉบับ

## ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

## รับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ งานพัฒนาชุมชน  
สำนักงานปลัด อบต.นาสว่าง ๐-๔๕๔๕-๓๔๙๒ โทรสาร ๐-๔๕๔๕-๓๔๙๒



# แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปถ่าย  
คนพิการ

หน่วยงานรับคำขอ.....  
วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

- ขอมีบัตรครั้งแรก
- ขอมีบัตรเนื่องจาก
  - บัตรเดิมหมดอายุ
  - ชำรุด
  - สูญหาย
  - มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ
  - อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

## ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

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

๑.๒ ชื่อ..... ชื่อกลาง..... นามสกุล.....

Name..... Middle name..... Surname.....

๑.๓ เกิดเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน ..... - ..... - ..... - ..... - .....

๑.๕ ศาสนา  พุทธ  คริสต์  อิสลาม  อื่น ๆ (ระบุ) .....

๑.๖ สถานภาพสมรส  โสด  สมรสอยู่ด้วยกัน  หม้าย

๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

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

มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....

๑.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

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

มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....

## ๑.๙ การศึกษา

ไม่ได้เรียน

จบการศึกษาชั้นสูงสุด

ประถมศึกษา  มัธยมศึกษาตอนต้น  มัธยมศึกษาตอนปลาย

ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)  ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

อนุปริญญา ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

ปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

อื่น ๆ (ระบุ) .....

## ๑.๑๐ อาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....

ประกอบอาชีพ

เกษตรกรรม  รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ  ลูกจ้างเอกชน

รับจ้างทั่วไป  ธุรกิจส่วนตัว  อาชีพอื่น ๆ (ระบุ).....

๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ.....บาท/เดือน

๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว).....บาท

๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี) .....คน

๑.๑๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

- ทางการเห็น     ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย     ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย  
 ทางจิตใจหรือพฤติกรรม     ทางสติปัญญา     ทางการเรียนรู้     ทางอภิสติ

**ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ**

๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ     ไม่มี     มี (กรอกข้อมูลข้อ ๓.๒)

๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(๑) คำนำหน้านาม  เด็กชาย  เด็กหญิง  นาย  นาง  นางสาว  อื่นๆ(ระบุ) .....

(๒) ชื่อ..... นามสกุล.....

(๓) เลขประจำตัวประชาชน ..... - ..... - ..... - ..... - .....

เลขหนังสือเดินทาง ..... (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)

(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ     บิดามารดา     บุตร     สามีหรือภรรยา     พี่น้อง  
 ปู่ย่าตายาย     ลุงป้า/น้าอา     บุคคลอื่น (ระบุ).....

(๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

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

มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....

(๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล..... บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ     ยินยอม     ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ.....

(.....)

คนพิการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน

เลขประจำตัวประชาชน ..... - ..... - ..... - ..... - .....

**ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ**

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน  เห็นควร  ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

**ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร**

อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ความเห็นอื่น ๆ .....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

หนังสือมอบอำนาจ

เพื่อการรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ 2568  
(รับเงินตั้งแต่เดือนตุลาคม 2567 - เดือนกันยายน 2568)

เขียนที่องค์การบริหารส่วนตำบลนาสว่าง  
ตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลนาสว่าง

โดยมีหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....  
เลขประจำตัวประชาชน..... อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....  
หมู่.....ตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์.....  
ขอมอบอำนาจให้ (นาย,นาง,นางสาว).....  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....อายุ.....อยู่บ้านเลขที่.....  
หมู่.....ตำบลนาสว่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์.....  
เกี่ยวพันเป็น.....

เป็นผู้มีอำนาจในการรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ,ความพิการ,ผู้ป่วยเอดส์ ในปีงบประมาณ 2568  
แทนข้าพเจ้า และมีระยะเวลาการมอบอำนาจไม่เกินปีงบประมาณ 2568 หรือ ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2567 ถึง  
เดือนกันยายน 2568

โดยจ่ายให้ผู้รับมอบอำนาจตอนดำรงมีชีวิตอยู่และเสียชีวิต

( ) โอนเข้าบัญชีเงินฝากของผู้รับมอบอำนาจธนาคาร.....สาขา.....  
ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่า  
ข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้า  
พยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน ชื่อ.....พยาน  
(.....) (.....)

[ \*หมายเหตุ\*เอกสารประกอบหนังสือมอบอำนาจ 1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ  
2. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ 3. สำเนาบัญชีธนาคาร(กรณีโอนเข้าบัญชีธนาคาร)  
]