



การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ
องค์การบริหารส่วนตำบลสระแก้ว
ตำบลสระแก้ว อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว



037 247 305

sakaeo037247305@gmail.com

องค์การบริหารส่วนตำบลสระแก้ว

<https://tbsakaeo.go.th>

คู่มือสำหรับประชาชน : การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ

หน่วยงานที่ให้บริการ : องค์การบริหารส่วนตำบลสระแก้ว ตำบลสระแก้ว อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ๒๗๑๐๐

งานที่ให้บริการ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลสระแก้ว

สถานที่ให้บริการ อาคารสำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลสระแก้ว

สถานที่ตั้ง 222 หมู่ที่ 18 บ้านเนินกลาง ตำบลสระแก้ว อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว 27000

ช่องทางการให้บริการ E-Service One stop Service

- ที่อยู่เว็บไซต์การให้บริการ https://tbsakaeo.go.th/data.php?content_id=39

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ / ช่องทางการให้บริการ

ณ สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลสระแก้ว ตำบลสระแก้ว อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ๒๗๑๐๐

ช่องทางการให้บริการ สำนักปลัด

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

สำนักปลัด

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์

โทรศัพท์ ๐๓๗ ๒๔๗ ๓๐๕

(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

โทรสาร ๐๓๗ ๒๔๗ ๓๐๕

ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐-๑๒.๐๐ น. และ ๑๓.๐๐-๑๖.๓๐ น.

➤ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒ กำหนดให้คนพิการที่ได้จดทะเบียนคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเอง ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด และมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป โดยมีหลักฐานพร้อมสำเนาที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการลงลายมือชื่อรับรองความถูกต้อง

➤ ขั้นตอนและระยะเวลาให้บริการ

<u>ขั้นตอน</u>	<u>ระยะเวลา</u>	<u>หน่วยงานผู้รับผิดชอบ</u>
๑. ยื่นคำขอลงทะเบียนฯ พร้อมเอกสารหลักฐาน	(ระยะเวลา ๑ นาที/ราย)	สำนักปลัด
๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน/สัมภาษณ์ /บันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศฯ (ใช้เครื่องอ่านบัตรประจำตัวประชาชน)	(ระยะเวลา ๕ นาที/ราย)	
๓. เสนอคณะกรรมการหรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ตรวจสอบคุณสมบัติ		
๔. เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)	(ระยะเวลา ๑ นาที/ราย)	
๕. แจ้งผล/ออกไปรับลงทะเบียนตามแบบคำขอ	(ระยะเวลา ๑ นาที/ราย)	

➤ **รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ**

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ผู้พิการ) จำนวน ๑ ชุด
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้พิการ) จำนวน ๑ ชุด
๓. เอกสารรับรองความพิการ จากสถานพยาบาลของรัฐ รัฐ ใช้ฉบับจริงเท่านั้น จำนวน ๑ ชุด
๔. สำเนาสูติบัตร สำหรับบุคคลอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี จำนวน ๑ ชุด
๕. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ผู้ดูแล) จำนวน ๑ ชุด
๖. สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้ดูแล) จำนวน ๑ ชุด

* กรณีผู้ดูแลอยู่คนละทะเบียนบ้านกับผู้พิการ ต้องมีหนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ (แบบฟอร์มรับได้ที่ สนง.พมจ.ชลบุรี หรือ อปท.ทุกแห่ง) ซึ่งผู้รับรองต้องอยู่ในท้องที่เดียวกับคนพิการ

➤ **ค่าธรรมเนียม**

(ไม่มีค่าธรรมเนียม)

➤ **กฎหมายที่เกี่ยวข้อง**

ระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ การออกบัตร และการกำหนดเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร ประจำตัวคนพิการ การกำหนดสิทธิ หรือการเปลี่ยนแปลงสิทธิและการขอสละสิทธิของคนพิการ และอายุบัตร ประจำตัวคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๖

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ (อปท.).....

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวกับคนพิการ
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา-มารดา บุตร สามเณร-ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลคนพิการ อื่นๆ.....
ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....
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.....มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน

เลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล.....

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ ----

ประเภทความพิการ ความพิการทางการเห็น ความพิการทางสติปัญญา ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย

ความพิการทางการเรียนรู้ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

ความพิการทางออทิสติก ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม พิการซ้ำซ้อน

สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

ยังไม่เคยได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อื่น ๆ(ระบุ).....

มีอาชีพ (ระบุ).....รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....บาท

มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคาร.....ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่เป็นบุคคลที่อยู่ในอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

(ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ).....

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

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

