

คู่มือสำหรับประชาชน: การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักปลัดเทศบาล งานสวัสดิการสังคม

สถานที่ / ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลหนองหญ้าไซพัฒนา

อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี โทร ๐ ๓๕๕๗ ๗๒๔๘ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน

ระยะเวลาเปิดให้บริการ วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.(ให้บริการช่วงเวลาพักเที่ยงด้วย)

ติดต่อเจ้าหน้าที่ นางสุลักษณ์ สุขสำราญ ตำแหน่ง นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ โทร. ๐๘ ๑๑๙๒ ๕๒๑๑

นางสาววนิดา ช่างโต ตำแหน่ง ผู้ช่วยเจ้าพนักงานพัฒนาชุมชน โทร. ๐๙ ๘๔๕๘ ๔๑๑๗

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม กำหนดให้คนพิการ ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา หรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

หลักเกณฑ์

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการโดยรับเงินสดด้วยตนเอง หรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณีในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบ คนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว

วิธีการ

๑. คนพิการที่ได้จดทะเบียนคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ให้คนพิการ หรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อเทศบาลตำบลหนองหญ้าไซพัฒนา และมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป
๒. กรณีคนพิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการได้ย้ายที่อยู่ให้คนพิการนั้นลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนมีภูมิลำเนา และให้ได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ในเดือนถัดไป ทั้งนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ต้องได้รับการยืนยันจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมที่จ่ายเงินเบี้ยความพิการเพื่อไม่ให้จ่ายเงินซ้ำซ้อน

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	หมายเหตุ
๑.	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยยังชีพคนพิการ หรือผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐาน และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียน และเอกสารหลักฐานประกอบ	๑๐ นาที	
๒.	การพิจารณา	ออกใบรับลงทะเบียนตามแบบยื่นคำขอลงทะเบียนให้ผู้ลงทะเบียนหรือผู้รับมอบอำนาจ	๑๐ นาที	
๓.	การรับลงทะเบียน	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	วันทำการสุดท้ายของเดือน	

รายการหลักฐานเอกสารประกอบ

๑. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา
๒. บัตรประจำตัวคนพิการ
๓. สำเนาทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้าน
๔. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร
๕. กรณีมอบอำนาจ มีหนังสือมอบอำนาจ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

ค่าธรรมเนียม

-ไม่มีค่าธรรมเนียม-

ช่องทางการร้องเรียน

ช่องทางการร้องเรียนศูนย์ดำรงธรรม เทศบาลตำบลหนองหญ้าไซพัฒนา อำเภอนองหญ้าไซ
จังหวัดสุพรรณบุรี ๗๒๒๔๐

เว็บไซต์ : <https://www.nongyasai-sao.go.th/home/>

E-mail : saraban_05721006@dla.go.th , nongyasaiabt@gmail.com

โทรศัพท์ : ๐ ๓๕๕๗ ๗๒๔๘

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

โทรศัพท์

วันที่ เดือน พ.ศ.

โทรศัพท์.....

☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

รายได้ต่อเดือน.....อาชีพ.....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

เลขที่บัญชี.....ชื่อบัญชี.....

☐ “ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

$$\left(\begin{array}{c} \vdots \\ \vdots \\ \vdots \end{array} \right)$$

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว ☐ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีตำบลหนองหญ้าไซพัฒนา คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)
คำสั่ง ☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่น ๆ..... (ลงชื่อ) นายกเทศมนตรีตำบลหนองหญ้าไซพัฒนา วัน/เดือน/ปี	

ติดตามรอยประทับคนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยจะได้รับเงิน
เบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ..... ในอัตราเดือนละ..... บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน
กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่ง
ใหม่โดยทันที ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่องในการรับเบี้ยความพิการ

หมายเหตุ ให้ขีดข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย / ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ