**การขึ้นทะเบียนรับเบี้ยความพิการ**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **การขึ้นทะเบียนรับเบี้ยความพิการ** |
| 1) ขอบเขตการให้บริการ | - งานที่ให้บริการ การขึ้นทะเบียน  - สถานที่ให้บริการ สำนักงานปลัด  0-7547-0355 [www.plien.go.th](http://www.plien.go.th) e-mail [info@plien.go.th](mailto:info@plien.go.th)  - วัน เวลาที่ให้บริการ จันทร์ – ศุกร์ เวลา 08.30 – 16.30 น.  เว้นวันหยุดราชการ |
| 2) หลักเกณฑ์ วิธีการ และ  เงื่อนไข | **คุณสมบัติผู้มีสิทธิจะได้รับเบี้ยยังชีพความพิการ**  คนพิการซึ่งจะมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยคนพิการ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้  (1) มีสัญชาติไทย  (2) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน  (3) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิต  คนพิการ  (4) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ  **อัตราการจ่ายเบี้ยความพิการ**  ผู้พิการจะได้รับเบี้ยความพิการในอัตราเดือนละ 800 บาท  **การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ**  1. ตาย  2. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขต อบต.เปลี่ยน  3. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ  4. มีตำแหน่งทางการเมือง (มีเงินเดือน) |
| 3) ขั้นตอนและระยะเวลา | 1. คนพิการที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดต้องมายื่นคำขอรับเงินสวัสดิการเบี้ยความพิการต่อ เจ้าหน้าที่ ณ อบต.เปลี่ยน เพื่อลงทะเบียนใช้สิทธิขอรับการจัดสวัสดิการเบี้ยความพิการ ภายในเดือน พฤศจิกายน ของทุกปี  2. ในกรณีที่คนพิการไม่สามารถยื่นคำขอได้เนื่องจากเป็นผู้เยาว์ คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือคนไร้ความสามารถ หรือในกรณีที่คนพิการสภาพความพิการถึงขั้นไม่สามารถยื่นคำขอรับ เบี้ยความพิการด้วยตนเองได้ ให้บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา ญาติ พี่ น้อง หรือบุคคลอื่นใดที่รับดูแลหรืออุปการะคนพิการยื่นคำขอนั้นแทนได้ แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ ณ อบต.เปลี่ยน  3. ให้คนพิการหรือผู้รับมอบอำนาจ กรอกรายละเอียดคำขอตามแบบที่กำหนด (แบบคำขอขึ้นทะเบียนคนพิการ) โดยลงทะเบียนตามวัน เวลา สถานที่ที่กำหนด  4. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคุณสมบัติ และยื่นเสนอต่อผู้บริหาร  5. ผู้บริหารอนุมัติ  6. ผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการรอรับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไป |
| 4) รายการเอกสารหลักฐานประกอบ | 1) บัตรประจำตัวผู้พิการพร้อมสำเนา จำนวน 1 ฉบับ 2) บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูป ถ่ายพร้อมสำเนาของผู้พิการ จำนวน 1 ฉบับ 3) ทะเบียนบ้านที่มีชื่อผู้พิการพร้อมสำเนา จำนวน 1 ฉบับ 4) สมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ของธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์ การเกษตร (ธ.ก.ส.) สาขาต้นเหรียง พร้อมสำเนา จำนวน 1 ฉบับ **5) กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นยื่นลงทะเบียนแทน (ถ้ามี) ต้องมีหลักฐาน** ดังนี้  5.1) หนังสือมอบอำนาจ จากผู้พิการมอบอำนาจผู้อื่นยื่นลงทะเบียน แทน  5.2) บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของ รัฐที่มีรูปของผู้พิการ พร้อมสำเนา จำนวน 1 ฉบับ  5.3) ทะเบียนบ้านที่มีชื่อผู้พิการพร้อมสำเนา จำนวน 1 ฉบับ  5.4) บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของ รัฐที่มีรูปของผู้รับมอบอำนาจพร้อมสำเนา จำนวน 1 ฉบับ  5.5) ทะเบียนบ้านที่มีชื่อผู้รับมอบอำนาจพร้อมสำเนา จำนวน 1 ฉบับ  5.6) สมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ของธนาคารเพื่อการเกษตรและ สหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.) ต้นเหรียง พร้อมสำเนา (สำหรับในกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการประสงค์ขอรับเบี้ยยังชีพผ่านธนาคาร โดยต้องเปิดบัญชี ชื่อบัญชี“ (ชื่อผู้รับมอบอำนาจ เพื่อ ชื่อผู้พิการ ”)  สำเนาเอกสารให้ถ่ายเอกสารขนาด A4 ทุกฉบับ พร้อมโดยลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง ทุกฉบับ |
| 5) ค่าธรรมเนียม | ไม่มี |
| 6) การรับเรื่องร้องเรียน | - เว็บบอร์ด [www.plien.go.th](http://www.plien.go.th)  - โทร.0-7547-0355 |
| 7) อื่นๆ | ตัวอย่างแบบฟอร์ม |

**แบบฟอร์มการขึ้นทะเบียนรับเบี้ยความพิการ**

ทะเบียนเลขที่............../๒๕๕7

**แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕59**

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน: ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ

ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น 🞎 บิดา – มารดา 🞎 บุตร 🞎 สามี –ภรรยา 🞎 พี่น้อง 🞎 ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบ

ชื่อ – สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ)........................................................................................................................................

เลขประจำตัวประชาชน  ที่อยู่.............................................................

................................................................................................................................โทรศัพท์................................................................

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.............................................................

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

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

ชื่อ............................................................นามสกุล...........................................................

เกิดวันที่...........เดือน..................................พ.ศ. ..............อายุ...............ปี สัญชาติ ไทย มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน เลขที่........................หมู่ที่...................ตรอก/ซอย...........................ถนน.........................................หมู่บ้าน/ชุมชน.......................

ตำบล/แขวง เปลี่ยน อำเภอ/เขต สิชล จังหวัด นครศรีธรรมราช .

รหัสไปรษณีย์ 80120 โทรศัพท์..............................................................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ 

ประเภทความพิการ □ ความพิการทางการเห็น □ ความพิการทางสติปัญญา

□ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย □ ความพิการทางการเรียนรู้

□ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย□ ความพิการออทิสติก

□ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส □ โสด □ สมรส □ หม้าย 🞎 หย่าร้าง □ แยกกันอยู่ □ อื่น ๆ...........................

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ □ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ 🞎 เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ......................................

□ ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ □ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ 🞎 อื่น ๆ (ระบุ)...............................................

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

🞎 มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ................................................................................................................................

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕59 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

□ รับเงินสดด้วยตนเอง □ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

□ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ □ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร ธกส. สาชา ต้นเหรียง เลขที่บัญชี 

**พร้อมแนบเอกสาร** ดังนี้

□ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ □ สำเนาทะเบียนบ้าน

□ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

□ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจผู้ดูแลคนพิการและผู้รับมอบอำนาจ(กรณียื่นคำขอฯแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

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

หมายเหตุ ให้ขัดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย 🗸 ในช่อง □ หน้าข้อความที่ต้องการ

-๒-

|  |  |
| --- | --- |
| **ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน**  **เรียน** คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ  ได้ตรวจสอบคุณสมบัติ ของ นาย/นาง/นางสาว.....................................................................................................  หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน  แล้ว  □ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน  □ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้ …...................................................................................................................................................................................................................  (ลงชื่อ)....................................................................  (....................................................................)  เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน | **ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**  **เรียน**  นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเปลี่ยน  คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้  □ สมควรรับขึ้นทะเบียน □ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน  กรรมการ (ลงชื่อ).......................................................  (.....................................................)  กรรมการ (ลงชื่อ).......................................................  (.....................................................)  กรรมการ(ลงชื่อ)........................................................  (.....................................................) |
| **คำสั่ง**  □ รับขึ้นทะเบียน □ ไม่รับขึ้นทะเบียน □ อื่นๆ.........................................................................    (ลงชื่อ).............................................................................  (นายสันติสุข มีคำ)  นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเปลี่ยน  วัน/เดือน/ปี......................................................... | |

✂

(ตัดตามรอยเส้นประให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้ .

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕59 โดยจะได้รับเงิน เบี้ยความพิการ **ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕8 ถึงเดือนกันยายน ๒๕๕9 ในอัตราเดือนละ ๕๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน** กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ทีอื่น(ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๕7 ถึง วันที่ 3๐ พฤศจิกายน ๒๕๕8) จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕8 ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

**หนังสือมอบอำนาจ**

ที่ ..........................................................................

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

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.........................................................ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.......................................

เลขที่............................................ออกให้ ณ ....................................เมื่อวันที่.....................................อยู่บ้านเลขที่..........0.หมู่ที่ .............ตรอก/ซอย.........................................ถนน.........................................หมูบ้าน/ชุมชน...................................

ตำบล............................................เขต/อำเภอ.................................................จังหวัด..................................................

ขอมอบอำนาจให้..................................................................ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร............................................

เลขที่.......................................ออก ให้ ณ..........................................เมื่อวันที่..............................อยู่บ้านเลขที่..................หมู่ที่ .............ตรอก/ซอย.........................................ถนน.........................................หมูบ้าน/ชุมชน...................................

ตำบล............................................เขต/อำเภอ.................................................จังหวัด..................................................

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ...............................................................ผู้มอบอำนาจ

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

ลงชื่อ................................................................ผู้รับมอบอำนาจ

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

ลงชื่อ.................................................................พยาน

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

ลงชื่อ................................................................พยาน

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