



# คู่มือการให้บริการประชาชน

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ

ฝ่ายสังคมสงเคราะห์  
กองสวัสดิการสังคม  
เทศบาลเมืองคลองแห  
โทรศัพท์ ๐๗๔-๓๐๕๓๓๓ ต่อ ๘๐๕

## คำนำ

ตามที่มีการถ่ายโอนภารกิจด้านการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ มาให้กระทรวงมหาดไทยดำเนินการตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๒ (และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม) นั้น

เทศบาลเมืองคลองแห มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการและผู้สูงอายุ โดยถือแนวทางปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘ (และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม) ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๖ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ (และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม)

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ที่จะนำไปสู่ความสะดวกรวดเร็ว และถูกต้องต่อการขอรับบริการ เทศบาลเมืองคลองแห จึงได้จัดทำคู่มือการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือการให้บริการประชาชนฉบับนี้ จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพมีความเข้าใจที่ถูกต้อง อีกทั้งยังทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งจะเกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลผู้ขอรับบริการ และประชาชนทั่วไปที่มาขอรับบริการต่อไป

กองสวัสดิการสังคม  
เทศบาลเมืองคลองแห

## คู่มือสำหรับประชาชน : การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ

งานที่ให้บริการ	การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองคลองแห
ขอบเขตการให้บริการ	คนพิการที่มีทะเบียนบ้านในเขตเทศบาลเมืองคลองแห
สถานที่	สำนักงานเทศบาลเมืองคลองแห
ระยะเวลาเปิดให้บริการ	วันจันทร์ถึงวันศุกร์ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.
โทรศัพท์	๐๗๔-๓๐๕-๓๓๓ ต่อ ๘๐๕

### หลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ (และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม) ข้อ ๗ ให้คนพิการที่ได้จดทะเบียนคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเอง ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด และมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป

หลักเกณฑ์ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. เป็นผู้ที่มีชื่อตามทะเบียนบ้านอยู่ในเขตเทศบาลเมืองคลองแห
๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

### วิธีการ

๑. ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด และมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป

๒. กรณีคนพิการที่ได้รับเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณที่ผ่านมาให้ถือว่า เป็นผู้ได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้แล้ว

๓. กรณีคนพิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการย้ายที่อยู่ และยังประสงค์จะรับเงินเบี้ยความพิการต้องแจ้งต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ

ขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑.คนพิการนำเอกสารมายื่นให้เจ้าหน้าที่พร้อมทั้งกรอกข้อมูลในแบบคำขอ	ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม
๒.เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร ( ๕ นาที )	ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม
๓.เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้น ( ๓ นาที )	ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม
๔.คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ (๑ วัน)	ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม
๕.จัดทำบัญชีรายชื่อประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงิน	ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารที่ต้องใช้	จำนวน
๑.สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ	๑ ฉบับ
๒.สำเนาทะเบียนบ้าน	๑ ฉบับ
๓.สำเนาสมุดบัญชีธนาคารประเภทออมทรัพย์	๑ ฉบับ
กรณีมอบอำนาจต้องมีเอกสารเพิ่มเติม	
๑.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ	๑ ฉบับ
๒.หนังสือมอบอำนาจ	๑ ฉบับ

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

รับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม โทรศัพท์ ๐๗๔-๓๐๕-๓๓๓ ต่อ ๘๐๕

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

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

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ค่านำหน้านาม  เด็กชาย  เด็กหญิง  นาย  นาง  นางสาว  อื่นๆ (ระบุ).....

ชื่อ.....นามสกุล.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อายุ.....ปี สัญชาติ..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน

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

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ ----

- ประเภทความพิการ  ความพิการทางการเห็น  ความพิการทางสติปัญญา  
 ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย  ความพิการทางการเรียนรู้  
 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย  ความพิการทางออทิสติก  
 พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

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

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ  ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ  เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่  
 เมื่อ.....

ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์  อื่นๆ(ระบุ).....

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

มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือกวิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล  
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี ---

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ  สำเนาทะเบียนบ้าน  
 สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการผ่านธนาคาร)  
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจผู้ดูแลคนพิการและผู้รับมอบอำนาจ(ในกรณียื่นคำขอแทน)  
 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและขอข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

(.....)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

# หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร  
ประจำตัวประชาชนเลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่  
.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบลคลองแห อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่  
.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่  
.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจดำเนินการเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แทนข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำ  
ด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)