

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ		การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ	
หน่วยงานที่รับผิดชอบ		งานสวัสดิการและสังคม สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลคำโพน	
ขอบเขตให้บริการ			
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ		ระยะเวลาเปิดให้บริการ	
๑.สำนักปลัดฯ องค์การบริหารส่วนตำบลคำโพน		วันจันทร์ ถึง วันศุกร์	
โทรศัพท์: ๐๔๕-๕๒๕-๘๗๐		(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)	
โทรสาร : ๐๔๕-๕๒๕-๘๗๐		ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น	
เว็บไซต์ : https://www.khamphon.go.th/index/			
หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นขอ			
๑.มีสัญชาติไทย			
๒.มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลคำโพน (ตามทะเบียนบ้าน)			
๓.มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ			
๔.ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ			
๕.กรณีและผู้พิการไม่สามารถลงทะเบียนด้วยตนเองได้ มอบอำนาจให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำร้องขอแทนแต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและคนดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่			
ขั้นตอนและระยะการให้บริการ			
ขั้นตอน		หน่วยงานผู้รับผิดชอบ	
๑.ผู้พิการ ยื่นเอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียนผู้พิการ		สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลคำโพน	
๒.เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร,คุณสมบัติ			
๓.เสนอคณะผู้บริหาร			
ระยะเวลา			
ใช้ระยะเวลา ไม่เกิน ๑ วัน			

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

- | | |
|--|-------------|
| ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้พิการ | จำนวน ๑ ชุด |
| ๒. ใบรับรองความพิการจากแพทย์ | จำนวน ๑ ชุด |
| ๓. รูปถ่ายผู้พิการ ๑ นิ้ว | จำนวน ๑ ชุด |
| ๔. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแล | จำนวน ๑ ชุด |
| ๕. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขบัญชี)
สำหรับกรณีและผู้ขอรับเบี้ยยังชีพคนพิการ ผ่านธนาคาร | จำนวน ๑ ชุด |

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลคำโพนโทรศัพท์: ๐๔๕-๕๒๕-๘๗๐

หรือ เว็บไซต์ : <https://www.khamphon.go.th/index/>

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ (การลงทะเบียนระบบรายเดือน)

ผู้ยื่นคำขอ ☐ แจ้งด้วยตนเอง

☐ ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ-สกุล.....หมายเลขบัตรประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐

ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.อายุ.....ปี สัญชาติ.....

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

หมายเลขบัตรประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการมองเห็น ☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หรือออทิสติก

☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้

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

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

เกี่ยวข้องโดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ อื่นๆ

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

สถานภาพสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่ได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับเบี้ยยังชีพผู้พิการ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยวิธีการต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร.....เลขที่บัญชี ☐☐☐-☐-☐☐☐☐-☐☐☐

พร้อมแนบเอกสารดังนี้

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาสมุดประจำตัวคนพิการหรือ สำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

(.....)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□□□ แล้ว

☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน

☐ เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน
(.....)

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลคำโพน

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

(ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ) (ลงชื่อ).....
(.....) (.....) (.....)
กรรมการฯ กรรมการฯ ประธานกรรมการฯ

คำสั่ง

☐ รับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน

☐ อื่น ๆ

.....

(ลงชื่อ).....

(นางสาวจรรยาศรี พันโบ)

ตำแหน่ง นายกองค์การบริหารส่วนตำบลคำโพน

วัน/เดือน/ปี.....

(ตัดตามรอยเส้นประให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้).....

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่เดือนพ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ

ตั้งแต่เดือน ๒๕๖๕... กรณีคนพิการย้ายที่อยู่ไปอยู่ที่อื่นในระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ จะต้องไปยื่นคำขอ

ลงทะเบียนได้ทุกเดือนในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เพื่อรักษาสถานะให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

ชื่อคนพิการ..... หมู่ที่.....

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน
(.....)

