



คู่มือสำหรับประชาชน การยื่นแบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : งานสังคมสงเคราะห์ งานสวัสดิการสังคม กองสวัสดิการสังคม
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น : เทศบาลเมืองทุ่งสง

1. ชื่อกระบวนการ : การยื่นแบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ : กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองทุ่งสง
3. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ : ขึ้นทะเบียน
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง :
 - 1) ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562
6. ระดับผลกระทบ : บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ : ท้องถิ่น
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 วัน
9. ข้อมูลสถิติ
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน การยื่นแบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ
11. ช่องทางการให้บริการ
 - 1) - งานสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม สำนักงานเทศบาลเมืองทุ่งสง อาคาร 1 ชั้น 2
- ผ่านช่องทางออนไลน์ www.thungsongcity.go.th
ระยะเวลาเปิดให้บริการ (ไม่เว้นวันหยุดราชการ) ตั้งแต่เวลา 08:30 – 16:30 น.
12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
เมื่อมีบัตรประจำตัวคนพิการแล้ว หากมีทะเบียนบ้านอยู่ในพื้นที่ ตำบลปากแพรก อำเภอทุ่งสง สามารถยื่นแบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ
หลักเกณฑ์
ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ดังต่อไปนี้

1. มีสัญชาติไทย
2. มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านอยู่ในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง (ตำบลปากแพรก)
3. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
4. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

สิทธิการรับเงิน เมื่อลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการแล้ว

- ลงทะเบียนเดือนนี้ รับเงินเดือนถัดไป
- รับเงินทุกวันที่ 10 ของทุกเดือน

คนพิการ อายุต่ำกว่า 18 ปี ได้รับเงิน 1,000 บาท/เดือน

คนพิการ อายุ 18 ปี ขึ้นไป ได้รับเงิน 800 บาท/เดือน

13. ขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

การยื่นคำขอลงทะเบียนเบี้ยความพิการ

ยื่นคำขอลงทะเบียนเบี้ยความพิการ	
ผ่านช่องทางออนไลน์ www.thungsongcity.go.th 3 นาที/ราย	ผ่านช่องทาง ณ งานสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม สำนักงานเทศบาลเมืองทุ่งสง อาคาร 1 ชั้น 2 3 นาที/ราย
เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียนตรวจสอบ ความถูกต้องของเอกสารหลักฐาน 2 นาที/ราย	เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียนตรวจสอบ ความถูกต้องของเอกสารหลักฐาน 2 นาที/ราย
เจ้าหน้าที่รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการ ตรวจสอบคุณสมบัติ เสนอผู้บังคับบัญชา	เจ้าหน้าที่รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการ ตรวจสอบคุณสมบัติ เสนอผู้บังคับบัญชา
ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินตามที่ระเบียบกำหนด ภายในวันที่ 5 ของทุกเดือนถัดไป	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินตามที่ระเบียบ กำหนด ภายในวันที่ 5 ของทุกเดือนถัดไป

14. ค่าธรรมเนียม

- 1) ไม่มีค่าธรรมเนียม
ค่าธรรมเนียม 0 บาท

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) ผ่านช่องทางออนไลน์ www.thungsongcity.go.th
- 2) งานสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม สำนักงานเทศบาลเมืองทุ่งสง อาคาร 1 ชั้น 2
- 3) โทร 075-411039

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก



แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

วันที่

หน่วยงานรับคำขอ
วันที่

- ขอมีบัตรครั้งแรก
- ขอมีบัตรเนื่องจาก
 - บัตรหมดอายุ
 - ชำรุด
 - สูญหาย
 - มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ
 - อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

- ๑.๑ คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่น ๆ (ระบุ)
- ๑.๒ ชื่อ นามสกุล
- ๑.๓ เกิดเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.
- ๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน
- ๑.๕ ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่น ๆ (ระบุ)
- ๑.๖ สถานภาพสมรส โสด สมรสอยู่ด้วยกัน หม้าย
- ๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน
- หมู่บ้าน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต
- จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
- มือถือ โทรสาร e-mail
- ๑.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน
- หมู่บ้าน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต
- จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
- มือถือ โทรสาร e-mail

๑.๙ การศึกษา

- ไม่ได้เรียน
- จบการศึกษาชั้นสูงสุด
- ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย
- ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)
- อนุปริญญา ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
- ปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
- สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
- อื่น ๆ (ระบุ)

๑.๑๐ อาชีพ

- ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ
- ประกอบอาชีพ
- เกษตรกรรม รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ลูกจ้างเอกชน
- รับจ้างทั่วไป ธุรกิจส่วนตัว อาชีพอื่น ๆ (ระบุ)

- ๑.๑๑ รายได้จากการทำงานของคนพิการ บาท/เดือน
- ๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว) บาท
- ๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี) คน

๓.๓๕ ประเมินความพิการ สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ
ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนากำลังคนและความมั่นคงของมนุษย์

- ทักษะการเห็น ทักษะการได้ยินหรือสื่อความหมาย ทักษะการเคลื่อนไหวหรือทรงตัว
 ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ทักษะสติปัญญา ทักษะการเรียนรู้ ทักษะอาชีพ

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ไม่มี มี (กรอกข้อมูลข้อ ๓.๒)

๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(๑) คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่นๆ(ระบุ)

(๒) ชื่อ..... นามสกุล.....

(๓) เลขประจำตัวประชาชน เลขหนังสือเดินทาง

(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ บิดามารดา บุตร สามเณรหรือภรรยา พี่น้อง (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)

ปู่ย่าตายาย ลุงป้าน้าอา บุคคลอื่น (ระบุ).....

(๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

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

มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....

(๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล..... บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ยินยอม ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผย
ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....
(.....) (.....)

คนพิการ

ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน

เลขประจำตัวประชาชน - -

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน เห็นควร ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวง
การพัฒนากำลังคนและความมั่นคงของมนุษย์

ความเห็นอื่น ๆ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียนคนพิการ โดยเป็น บิดา-มารดา บุตร สามเณร-ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ
ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ)
เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ - - - ที่อยู่.....
โทร.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่ สำนักงานเทศบาลเมืองทุ่งสง

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

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

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

ทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่ที่/ชุมชน..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

ตำบล ปากแพรก อำเภอ ทุ่งสง จังหวัด นครศรีธรรมราช รหัสไปรษณีย์ ๘๐๑๑๐ โทร

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้พิการที่ยื่นคำขอ - - -

ประเภทความพิการ ความพิการทางการมองเห็น ความพิการทางสติปัญญา

ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้

ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางออทิสติก

ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้..... โทร.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่

เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเบี้ยยังชีพผู้พิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร..... สาขา.....

เลขบัญชี..... ชื่อบัญชี.....

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน
เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
ได้ตรวจสอบคุณสมบัติขอ นาย/นาง/นางสาว

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน
 - - - - แล้ว

- เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน
 เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก

(ลงชื่อ)
(.....)
เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
เรียน นายกเทศมนตรีเมืองทุ่งสง
คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว

มีความเห็นดังนี้
 เห็นควรรับขึ้นทะเบียน ไม่เห็นควรรับขึ้นทะเบียน

กรรมการ (ลงชื่อ)

()

กรรมการ (ลงชื่อ)

()

กรรมการ (ลงชื่อ)

()

คำสั่ง

รับขึ้นทะเบียน ไม่รับขึ้นทะเบียน อื่น ๆ

(ลงชื่อ)

นายกเทศมนตรีเมืองทุ่งสง

วัน/เดือน/ปี

19. หมายเหตุ

เงินสงเคราะห์อื่นๆ

- เงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาทางสังคม (พิจารณารายบุคคล)

หลักฐานการยื่นคำขอ

- 1) บัตรประจำตัวคนพิการ (สำเนา)
- 2) บัตรประจำตัวประชาชนคนพิการ (สำเนา)
- 3) ทะเบียนบ้าน (ที่เป็นปัจจุบัน) (สำเนา)

วันที่พิมพ์	
สถานะ	เผยแพร่บนเว็บไซต์แล้ว
จัดทำโดย	งานสวัสดิการสังคม
อนุมัติโดย	นายทรงชัย วงษ์วัชรดำรง
เผยแพร่โดย	