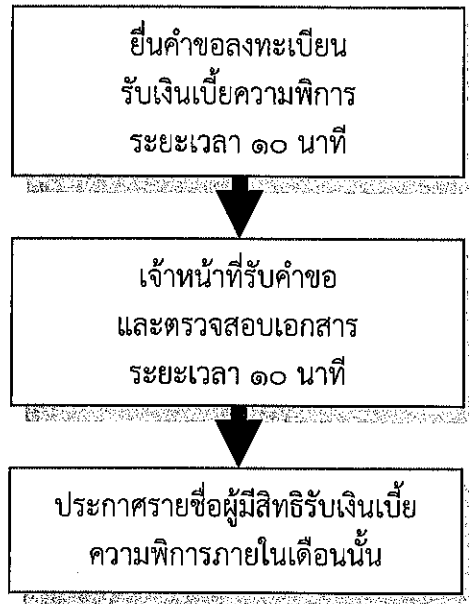


# การลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

## แผนภูมิแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการดำเนินการ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลป่าระกำ

### ๑. ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ



### ๒. ระยะเวลา

กำหนดให้คนพิการรายใหม่ที่ยังไม่เคยลงทะเบียนมาก่อน ซึ่งมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม รวมทั้งคนพิการที่ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลป่าระกำ สามารถลงทะเบียนได้ในทุกๆ เดือนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเอง หรือโดยการมอบอำนาจ ณ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลป่าระกำ หรือสถานที่อื่นที่กำหนดเพิ่มเติม

\* การลงทะเบียนในแต่ละครั้ง เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไป ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ

ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

- ๑) มีสัญชาติไทย
- ๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลป่าระกำตามทะเบียนบ้าน
- ๓) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- ๔) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

องค์การบริหารส่วนตำบลป่าระกำจัดทำประกาศ บัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ ในแต่ละเดือน โดยจะติดประกาศให้ทราบ ภายในวันที่ ๕ ของเดือนถัดไป และดำเนินการบันทึกข้อมูลผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในระบบสารสนเทศขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นจะจัดสรรงบประมาณให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบลป่าระกำจ่ายให้กับ ผู้พิการ โดยจะมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการตั้งแต่เดือนตุลาคมในปีถัดไป

### ๓. หลักฐานประกอบ

- ๑) บัตรประจำตัวประชาชน
- ๒) สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- ๓) สำเนาทะเบียนบ้าน
- ๔) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร สำหรับกรณีที่ ผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการผ่านบัญชี เงินฝากธนาคาร พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- ๕) ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบธรรม คนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอแทน
  - แบบคำขอลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
  - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ดูแลคนพิการ พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
  - สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

### ๔. สถานที่/หน่วยงานรับผิดชอบ

สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลป่าระกำ

โทรศัพท์ ๐๗๕-๘๐๙๗๙๒ เว็บไซต์ <http://www.parakum.go.th>

### ๕. ระยะเวลาเปิดให้บริการ

เปิดให้บริการวันจันทร์-วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๖.๓๐ น. (ไม่เว้นช่วงพักเที่ยง)

### ๖. การชำระค่าธรรมเนียม ไม่มีค่าธรรมเนียม

## แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ  
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา- มารดา ☐ บุตร ☐ สามี - ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ  
ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ) .....

เลขประจำตัวประชาชน ☐ - ☐ ☐ ☐ ☐ - ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ - ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ที่อยู่.....  
.....โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

คำนำหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่น ๆ (ระบุ)

ชื่อ.....นามสกุล.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....อายุ.....ปี

สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล ป่าระกำ อำเภอ ปากพนัง จังหวัด นครศรีธรรมราช รหัสไปรษณีย์ ๘๐๓๓๐ โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการประชาชน ที่ยื่นคำขอ ☐ - ☐ ☐ ☐ ☐ - ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ - ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

ประเภทคนพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา  
☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้  
☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางจิต  
☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ .....

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่  
เมื่อ.....

☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

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

☐ มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล  
ธนาคาร.....เลขบัญชี.....

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน  
☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้รับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินฝากธนาคาร)  
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ  
(.....)

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

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน<br/>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ<br/>ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ ด.ช/ด.ญ/ นาย / นาง/นางสาว/</p> <p>.....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน</p> <p><input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีความประพฤติเรียบร้อย</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>( ..... )</p> <p>เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p> | <p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ<br/>เรียน นายก อบต.ป่าระกำ<br/>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมี<br/>ความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>( นายพิทยาพัฒน์ ทศนวิสุทธิ )</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>( นายภักดี หนูทอง )</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>( นายสมโชค ศรีรอด )</p> |
| <p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ .....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ) .....</p> <p>(นายประเทือง ทองมี)</p> <p>นายกองค์การบริหารส่วนตำบลป่าระกำ</p> <p>วันที่ / เดือน / ปี .....</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

ติดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้ .....

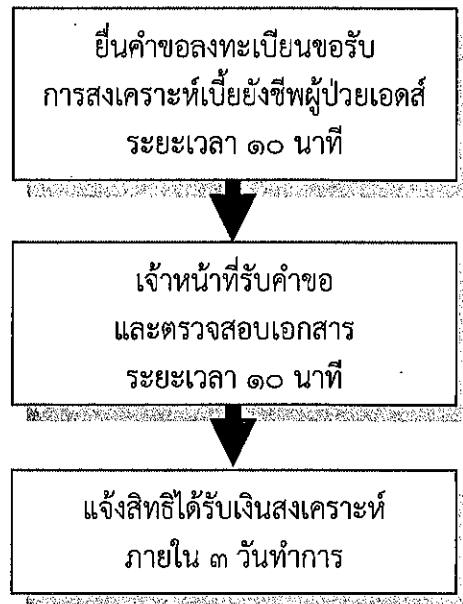
ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ย  
ยังชีพผู้พิการตั้งแต่เดือน ..... พ.ศ. .... ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายที่อยู่ไป  
อยู่ที่อื่นในระหว่างปีงบประมาณ จะต้องไปยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
แห่งใหม่ภายในเดือนนั้นๆ เพื่อรักษาสติให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนนั้นๆ

## ขอรับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

### แผนภูมิแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการดำเนินการ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลป่าระกำ

#### ๑. ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ



#### ๒. ระยะเวลา

เมื่อผู้ป่วยเอดส์มายื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่มีหน้าที่ออกไปตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ของผู้ขอรับการสงเคราะห์ว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติสมควรจะได้รับการสงเคราะห์หรือไม่โดย ผู้มีคุณสมบัติเบื้องต้นเหมือนกันให้ผู้ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาซับซ้อน หรือผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อนในการจัดลำดับผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์แล้วจึงจัดทำบัญชีรายชื่อผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพเสนอผู้บริหารท้องถิ่นอนุมัติให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ และสามารถรับเงินสงเคราะห์ได้ในเดือนถัดไป

การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ ในอัตรา ๕๐๐ บาท ต่อเดือน เดือนละ ๑ ครั้ง ซึ่งองค์การบริหารส่วนตำบลป่าระกำจะจ่ายเงินโดยวิธีใดวิธีหนึ่งตามความประสงค์ที่

#### คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

- ๑) เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
- ๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลป่าระกำตามทะเบียนบ้าน
- ๓) มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

**\*\***ในกรณีที่มีคุณสมบัติเบื้องต้นเหมือนกัน ให้ผู้ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาซับซ้อน หรือผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

### ๓. หลักฐานประกอบ

- ๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- ๒) สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- ๓) ใบรับรองแพทย์ซึ่งระบุว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/AIDS หรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง(AIDS) จำนวน ๑ ฉบับ
- ๔) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร สำหรับ  
กรณีและผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอชไอวีผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร  
พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- ๕) ในกรณีที่ผู้ป่วยเอชไอวีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะมอบอำนาจให้  
ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนก็ได้
  - แบบคำขอลงทะเบียน จำนวน ๑ ฉบับ
  - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้อุปการะ พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
  - สำเนาทะเบียนบ้านของผู้อุปการะ พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

### ๔. สถานที่/หน่วยงานรับผิดชอบ

สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลป่าระกำ

โทรศัพท์ ๐๗๕-๘๐๙๗๙๒ เว็บไซต์ <http://www.parakum.go.th>

### ๕. ระยะเวลาเปิดให้บริการ

เปิดให้บริการวันจันทร์-วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. – ๑๖.๓๐ น. (ไม่เว้นช่วงพักเที่ยง)

### ๖. การชำระค่าธรรมเนียม ไม่มีค่าธรรมเนียม