



ประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลตาอ้อ
เรื่อง การรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗

.....

อาศัยอำนาจตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการ ให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ และแก้ไขเพิ่มเติมถึงฉบับปัจจุบัน กำหนดการรับลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยให้คนพิการที่ได้จดทะเบียนคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ และยังไม่เคยลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการมาก่อนตามระเบียบข้อ ๗ และคนพิการที่ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ยังไม่เคยดำเนินการลงทะเบียนตามระเบียบข้อ ๘ ณ สำนักงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือสถานที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด ในกรณีที่มีความจำเป็นผู้พิการที่ไม่สามารถลงทะเบียนด้วยตนเองได้ อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการแทนก็ได้ และมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ ขององค์การบริหารส่วนตำบลตาอ้อตามระเบียบและแนวทางดังกล่าว เป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงประกาศ ประชาสัมพันธ์ การรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการจากองค์การบริหารส่วนตำบลตาอ้อ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ ดังรายละเอียดคุณสมบัติ หลักเกณฑ์ กำหนดระยะเวลา และหลักฐาน ประกอบ การยื่นคำขอลงทะเบียน ดังต่อไปนี้

๑. คุณสมบัติของผู้พิการที่มีสิทธิยื่นคำขอลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

๑.๑ มีสัญชาติไทย

๑.๒ มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลตาอ้อตามทะเบียนบ้าน รวมทั้งผู้พิการที่ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ในพื้นที่ตำบลตาอ้อ แต่ยังไม่ได้ยื่นคำขอลงทะเบียน

๑.๓ มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ

๑.๔ ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

๒. หลักเกณฑ์ เงื่อนไข กำหนดระยะเวลาในการยื่นคำขอลงทะเบียน และสิทธิในการได้รับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗

๒.๑ ผู้พิการที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ถูกต้อง ตามข้อ ๑ สามารถยื่นคำขอลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยความพิการด้วยตนเอง ได้ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๗ ณ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลตาอ้อ ในวันและเวลาราชการ ตามแบบฟอร์มแนบท้ายประกาศนี้

กรณีผู้พิการรายใดมีข้อจำกัดอันทำให้ไม่สามารถเดินทางมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการแทนก็ได้ หรือประสานเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียนทราบ ทางโทรศัพท์ ๐-๔๔๕๑-๓๐๒๖ หรือสายตรงเจ้าหน้าที่ ๐๙-๘๒๗๔-๗๘๓๐ เพื่อแจ้งได้นัดหมายออกให้บริการการลงทะเบียนนอกสถานที่ เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวก สะดวกแก่ผู้พิการแล้วแต่กรณี

๒.๒ ผู้พิการที่ได้มายื่นลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยความพิการครบถ้วน ถูกต้อง ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และระยะเวลาที่กำหนดในประกาศนี้ จะมีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป

๓. หลักฐานประกอบการยื่นคำขอลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗

- ๑) บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- ๒) ทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้าน (ที่เป็นปัจจุบัน)
- ๓) สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ (ธนาคารใดก็ได้) ของผู้มีสิทธิรับเบี้ยความพิการหรือผู้รับมอบอำนาจ แล้วแต่กรณี
- ๔) หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประชาชนของผู้มอบและผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจ) ตามแบบฟอร์มแนบท้ายประกาศนี้

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๖



(นายสหัส ยิ่งยงยุทธ)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลตาอ้อ

..... บันทึกข้อมูลเพิ่มในระบบสารสนเทศแล้ว
..... บันทึกข้อมูลเพิ่มในไฟล์ทะเบียนคุมแล้ว
..... บันทึกข้อมูลทำประกาศรายเดือนแล้ว
..... บันทึกข้อมูลเพิ่มในไฟล์คุมการโอนเงินแล้ว

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2567

(เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน)

☐ ผู้ยื่นคำขอแทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร-ธิดา ☐ สามเณร-ภรรยา
☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ ☐ อื่นๆ (ระบุ)

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ)

เลขประจำตัวประชาชน ที่อยู่บ้านเลขที่ หมู่..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

ข้อมูลของคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.256.....

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

ชื่อ.....นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี สัญชาติไทย มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน

เลขที่..... หมู่ที่..... ตำบลตาอ้อ อําเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ รหัสไปรษณีย์ 32000

โทรศัพท์..... (โปรดระบุของตนหรือญาติก็ได้)

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการมองเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้

☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ โทรศัพท์

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่
เมื่อวันที่

☐ ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ อื่นๆ (ระบุ)

☐ ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง ☐ มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ ☐ ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

☐ มีอาชีพ (ระบุ) รายได้ต่อเดือน (ระบุ) บาท

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้สิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคาร..... สาขา เลขที่บัญชี

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ บัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สมดบัณชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการขอรับเงินผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและยินยอมให้

ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย / ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ แล้ว ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน (.....)	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลตาอ้อ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน (ลงชื่อ)..... กรรมการ (.....) กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน..... (ลงชื่อ)..... กรรมการ (นายซัชพิสิฐ อุไร) ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม (ลงชื่อ)..... กรรมการ (นางอมรรัตน์ ศิลารักษ์) รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตาอ้อ
คำสั่ง ☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่น ๆ (ลงชื่อ)..... (นายสหัส ยิ่งยงยุทธ) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลตาอ้อ วัน/เดือน/ปี.....	

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้พิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

ด.ญ./ด.ช./นาย/นาง/นางสาว..... (คนพิการหมู่ที่.....)

ได้ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนไว้แล้ว เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.256.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2567 โดยจะเริ่มได้รับเบี้ยความพิการ...ในเดือนถัดไป
หลังจากเดือนที่ได้ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิแล้ว ในอัตราที่กำหนดตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการ.
ให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553 แก่ไขเพิ่มเติมถึงปัจจุบัน หรือตามมติคณะรัฐมนตรี ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน