



ประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลตาอ้อ
เรื่อง การรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔

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

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ ขององค์การบริหารส่วนตำบลตาอ้อตามระเบียบและแนวทางดังกล่าว เป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงประกาศประชาสัมพันธ์การรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการจากองค์การบริหารส่วนตำบลตาอ้อ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ ดังรายละเอียดคุณสมบัติ หลักเกณฑ์ กำหนดระยะเวลา และหลักฐานประกอบการยื่นคำขอลงทะเบียน ดังต่อไปนี้

๑. คุณสมบัติของผู้พิการที่มีสิทธิยื่นคำขอลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการเบี้ยความพิการ กำหนด ดังต่อไปนี้

๑.๑ มีสัญชาติไทย

๑.๒ มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลตาอ้อตามทะเบียนบ้าน รวมทั้งผู้พิการที่ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ในพื้นที่ตำบลตาอ้อ แต่ยังไม่ได้อื่นคำขอลงทะเบียน

๑.๓ มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ

๑.๔ ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

๒. หลักเกณฑ์ เงื่อนไข กำหนดระยะเวลาในการยื่นคำขอลงทะเบียน และสิทธิในการได้รับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔

๒.๑ ผู้พิการที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ถูกต้อง ตามข้อ ๑ สามารถยื่นคำขอลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเอง ได้ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๔ - กันยายน ๒๕๖๔ ณ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลตาอ้อ ในวันและเวลาราชการ ตามแบบฟอร์มแนบท้ายประกาศนี้

กรณีผู้พิการรายใดมีข้อจำกัดอันทำให้ไม่สามารถเดินทางมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการแทนก็ได้ หรือประสานเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียนทราบ ทางโทรศัพท์ ๐-๔๔๕๑-๓๐๒๖ หรือสายตรงเจ้าหน้าที่ ๐๙-๘๒๗๔-๗๘๓๐ เพื่อจักได้นัดหมายออกให้บริการการรับลงทะเบียนนอกสถานที่ เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกแก่ผู้พิการแล้วแต่กรณี

กรณีผู้พิการรายใดมีข้อจำกัดอันทำให้ไม่สามารถเดินทางมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการแทนก็ได้ หรือประสานเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียนทราบ ทางโทรศัพท์ ๐-๔๔๕๑-๓๐๒๖ หรือสายตรงเจ้าหน้าที่ ๐๙-๘๒๗๔-๗๘๓๐ เพื่อจักได้นัดหมายออกให้บริการการลงทะเบียนนอกสถานที่ เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกแก่ผู้พิการแล้วแต่กรณี

๒.๒ ผู้พิการที่ได้มายื่นลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยความพิการครบถ้วน ถูกต้อง ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และระยะเวลาที่กำหนดในประกาศนี้ จะมีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป

๓. หลักฐานประกอบการยื่นคำขอลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๙

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

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑ เดือน ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๘

(นายสหัส ยิ่งยงยุทธ)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลตาอ้อ



.....บันทึกข้อมูลเพิ่มในระบบสารสนเทศแล้ว
.....บันทึกข้อมูลเพิ่มในไฟล์ทะเบียนคุมแล้ว
.....บันทึกข้อมูลสำหรับประกาศรายเดือนแล้ว
.....บันทึกข้อมูลเพิ่มในไฟล์คุมการโอนเงินแล้ว

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2569

(เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน)

ผู้ยื่นคำขอแทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร-ธิดา ☐ สามเณร-ภรรยา
☐ พี่น้อง ☐ ผักแตคนพิการตามระเบียบฯ ☐ 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 อําเภอมืองสุนทร จังหวัดสุนทร รหัสไปรษณีย์ 32000

โทรศัพท์..... (โปรดระบุของตนหรือญาติก็ได้)

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

ประเภทความพิการ

☐ ความพิการทางการมองเห็น	☐ ความพิการทางสติปัญญา
☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย	☐ ความพิการทางการเรียนรู้
☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย	☐ ความพิการทางออทิสติก
☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม	

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

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ โทรศัพท์

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

☐ ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้พิการ ☐ อื่นๆ (ระบุ)

☐ ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง ☐ มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพ ☐ ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

☐ มีอาชีพ (ระบุ) รายได้ต่อเดือน (ระบุ) บาท

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง
 ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
 ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ
 ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคาร..... สาขา..... เลขที่บัญชี.....

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ บัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรปถ่าย ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สมทบบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการขอรับเงินผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้คนสมบัตินครถวัลย์ และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและยินยอมให้

ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

(.....)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย / ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

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

(ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้ฝึกการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

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

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2569 โดยจะเริ่มได้รับเบี้ยความพิการ
ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ..... ในอัตราเดือนละ.....บาท ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนา
ไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยืนยันค่าขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่โดยทันที ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสหสิทธิ
ให้ต่อเนื่อง

หนังสือมอบอำนาจการรับเงินเบี้ยความพิการ
ขององค์การบริหารส่วนตำบลตาอ้อย อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

ที่บ้านเลขที่.....

ต.ตาอ้อย อ.เมืองสุรินทร์ จ.สุรินทร์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ผู้มอบอำนาจ)

ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร..... เลขประจำตัวประชาชน.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล ตาอ้อย อำเภอ เมืองสุรินทร์ จังหวัด สุรินทร์ รหัสไปรษณีย์ 32000

โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้ (ผู้รับมอบอำนาจ)

ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร..... เลขประจำตัวประชาชน.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย..... ตำบล..... อำเภอ.....

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

เกี่ยวพันเป็น.....

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการ รับเงินเบี้ยความพิการ ของข้าพเจ้าแทนข้าพเจ้า โดยวิธีการรับโอนเงิน

เข้าบัญชีเงินฝากของผู้รับมอบอำนาจ บัญชีธนาคาร.....สาขา.....

ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งในกรณีที่ข้าพเจ้ามีชีวิตหรือเสียชีวิตแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้ เสมือนว่าข้าพเจ้า
ได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

- หมายเหตุ 1.ให้นำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และ ผู้รับมอบอำนาจ มาประกอบการมอบอำนาจด้วย
- 2.ให้นำบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้รับมอบอำนาจที่จะใช้รับโอนเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ มากประกอบการมอบอำนาจด้วย
3. ใบมอบอำนาจนี้ได้รับยกเว้นไม่ต้องเสียอากรแสตมป์ ตามลักษณะแห่งตราสาร 7 (3) ใบมอบอำนาจให้รับเงินหรือสิ่งของแทน
แห่งพ.ร.บ.ให้ใช้บทบัญญัติแห่งประมวลรัษฎากร พุทธศักราช 2481 แก้ไขเพิ่มเติมถึงปัจจุบัน