



ประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลตาอ็อง
เรื่อง การรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๗๐

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

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ ขององค์การบริหารส่วนตำบลตาอ็องตามระเบียบและแนวทางดังกล่าว เป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงประกาศประชาสัมพันธ์การรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการจากองค์การบริหารส่วนตำบลตาอ็อง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๗๐ ดังรายละเอียดคุณสมบัติ หลักเกณฑ์ กำหนดระยะเวลา และหลักฐานประกอบการยื่นคำขอลงทะเบียน ดังต่อไปนี้

๑. คุณสมบัติของผู้พิการที่มีสิทธิยื่นคำขอลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๗๐ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการเบี้ยความพิการ กำหนด ดังต่อไปนี้

- ๑.๑ มีสัญชาติไทย
- ๑.๒ มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลตาอ็องตามทะเบียนบ้าน รวมทั้งผู้พิการที่ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ในพื้นที่ตำบลตาอ็อง แต่ยังไม่ได้ยื่นคำขอลงทะเบียน
- ๑.๓ มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- ๑.๔ ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

๒. หลักเกณฑ์ เงื่อนไข กำหนดระยะเวลาในการยื่นคำขอลงทะเบียน และสิทธิในการได้รับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๗๐

๒.๑ ผู้พิการที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ถูกต้อง ตามข้อ ๑ สามารถยื่นคำขอลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยความพิการด้วยตนเอง ได้ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๙ - กันยายน ๒๕๗๐ ณ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลตาอ็อง 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.๒๕๗๐

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

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑ เดือน ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๙

(นายสหัส ยิ่งยงยุทธ)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลตาอ้อย



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

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ) _____

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

อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

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..... ตำบลตาอ้ออง อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ รหัสไปรษณีย์ 32000

โทรศัพท์..... (โปรดระบุของตนหรือญาติก็ได้)

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

ประเภทความพิการ

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

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

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ โทรศัพท์

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่เมื่อวันที่

☐ ได้รับเบี่ยงชีฟผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี่ยงชีฟผู้ป่วยเอดส์ ☐ 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

☐ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการขอรับเงินผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้อนุมัติ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและยินยอมให้

ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

(.....)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย / ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

หนังสือมอบอำนาจการรับเงินเบี้ยความพิการ
ขององค์การบริหารส่วนตำบลตาอ้อ อําเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

ที่บ้านเลขที่.....

ต.ตาอ้อ อ.เมืองสุรินทร์ จ.สุรินทร์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ผู้มอบอำนาจ)

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

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

โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้ (ผู้รับมอบอำนาจ)

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

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ตำบล..... อําเภอ.....

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

เกี่ยวพันเป็น.....

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการ รับเงินเบี้ยความพิการ ของข้าพเจ้าแทนข้าพเจ้า โดยวิธีการรับโอนเงิน

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

ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งในขณะที่ข้าพเจ้ามีชีวิตหรือเสียชีวิตแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้ เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

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