

คู่มือสำหรับประชาชน

งานให้บริการ

งานสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้พิการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

งานพัฒนาชุมชน ฝ่ายอำนวยการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

สำนักงานเทศบาลตำบลหาดอาษา โทรศัพท์ ๐ ๕๖๔๓ ๒๕๘๔ โทรสาร ๐ ๕๖๔๓ ๒๐๑๑

ระยะเวลาการเปิดให้บริการ

ภายในระยะเวลา วันที่ ๑ พฤศจิกายน - ๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี (ทุกวันทำการเว้นที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๒.๐๐ น. และ ๑๓.๐๐ - ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

- มีบัตรประจำตัวคนพิการ, มีสัญชาติไทย
- เป็นผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านอยู่ในเขตเทศบาลตำบลหาดอาษา และให้เทศบาลตำบลหาดอาษา ตรวจสอบรายชื่อจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรของสำนักงานทะเบียนอำเภอ และสำนักงานทะเบียนท้องถิ่น
- ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ขั้นตอนการให้บริการ

- ภายในเดือน พฤศจิกายน ของทุกปีให้ผู้พิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ มาขอลงทะเบียนเพื่อยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการต่อเทศบาลตำบลหาดอาษา ณ ที่ทำการเทศบาลตำบลหาดอาษา หรือสถานที่ที่เทศบาลตำบลหาดอาษากำหนด ผู้พิการจะต้องนำเอกสารหลักฐานประกอบแบบคำขอลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ
- ในกรณีที่ผู้พิการเป็นผู้เยาว์ หรือเป็นเสมือนบุคคลไร้ความสามารถและมีผู้ดูแลโดยชอบทำให้ผู้ดูแลหรือผู้พิทักษ์เป็นผู้ยื่นโดยแนบหลักฐานของผู้พิการและของผู้ยื่นแทน

ระยะเวลาการให้บริการ

ระยะเวลาการกรอกแบบข้อมูลทั้งสิ้น ไม่เกิน ๑ ชั่วโมง

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

๑. บัตรประจำตัวคนพิการพร้อมสำเนา
๒. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา
๓. บัตรประจำตัวประชาชน (ถ้ามี)
๔. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา สำหรับที่กรณีที่ผู้พิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการผ่านธนาคาร “สมุดบัญชีเงินฝาก ธนาคาร ธกส.สาขาสรรพยา เท่านั้น”

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ตัวอย่างแบบฟอร์มและการกรอกข้อมูล

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๕๗

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗

ผู้ยื่นคำขอ แจ้งด้วยตนเอง

ผู้ยื่นคำขอ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ - สกุล..... เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

เขียนที่.....เทศบาลตำบลหาดอาษา.....

วันที่ 2 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๗

ด้วยข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) ชื่อ สมใจ นามสกุล ทอฟูล

เกิดวันที่ 16 เดือน มกราคม พ.ศ. 2497 อายุ 60 ปี สัญชาติ ไทย

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่ 19 หมู่ที่ 10 ต.รอก / ซอย -

ถนน..... ตำบล / แขวง..... หาดอาษา..... อำเภอ / เขต..... สรรพยา.....

จังหวัด..... ชัยนาท..... รหัสไปรษณีย์ 17150..... โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ ๑-1๕๐๔-๐๐1๗๗-๐๐๐

- ประเภทความพิการ ความพิการทางการเห็น ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หรือ ออทิสติก
- ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางสติปัญญา
- ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางการเรียนรู้
- พิการซ้ำซ้อน ไม่ระบุความพิการ

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

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

เกี่ยวข้องโดยเป็น บิดา - มารดา บุตร สามี - ภรรยา พี่น้อง อื่น ๆ.....

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่ได้รับการลงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ได้รับการลงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการลงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้พิการ

ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยคนพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๗ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

- รับเงินลดด้วยตนเอง รับเงินลดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร..... เลขที่บัญชี

- พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้
- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือ สำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการขอรับเงินฝากธนาคาร)
- หนังสือมอบอำนาจหรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... สมใจ ทอฟูล ผู้ยื่นคำขอ
(นายสมใจ ทอฟูล)

(ลงชื่อ)..... อวรรค์ อวรรค์ เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน
(น.ส. อวรรค์ อวรรค์)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

๖-1๘๐4-๐๐177-๐๐-๐ ของ

นาย/นาง/นางสาว กัมไพ ทอฟูง แล้ว

เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ
ดังนี้.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลหาดอาษา

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว
มีความเห็นดังนี้

สมควรรับลงทะเบียน ไม่สมควรรับลงทะเบียน

กรรมการ (ลงชื่อ)

(.....)

กรรมการ (ลงชื่อ)

(.....)

กรรมการ (ลงชื่อ)

(.....)

คำสั่ง

รับลงทะเบียน ไม่รับลงทะเบียน อื่นๆ

(ลงชื่อ) ลิปิเท

(สมหมาย อารมณ)

นายกเทศมนตรีตำบลหาดอาษา

วัน/เดือน/ปี.....

(ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยจะเริ่มรับเงิน
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๘ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๕๙ กรณีผู้สูงอายุย้ายที่อยู่ไปอยู่ที่อื่นในระหว่าง
ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ จะต้องไปยื่นคำขอก่อนสิ้นปีงบประมาณหรือภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๙ เพื่อรักษา
สิทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙