

การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ เทศบาลตำบลเมืองชุม



คุณสมบัติของผู้มีสิทธิ

✓ มีสัญชาติไทย ✓ มีบัตรประจำตัวคนพิการ

✓ ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ



ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความด้วยตนเอง หรือให้ผู้ดูแลคนพิการ หรือพิการผู้แทน โดยขอพรบรมผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณียื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว

กรณีคนพิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการย้ายที่อยู่ และยังคงประสงค์จะรับเงินเบี้ยความพิการ ต้องไปแจ้งต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียน



ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนการรับเงิน
พร้อมเอกสารหลักฐาน
ณ งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด

เอกสารที่ผู้ยื่นคำขอต้องเตรียมมา

1. บัตรประจำตัวคนพิการ
2. ทะเบียนบ้าน
3. สมุดบัญชีธนาคาร (ออมทรัพย์)
4. บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดูแล (กรณียื่นคำขอแทน)



เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร/
สอบถามข้อมูล/เขียนข้อมูลเพิ่มเติม
(ใช้เวลาประมาณ 3 นาที/ราย)

ออกใบรับขึ้นทะเบียนแก่ผู้ขอขึ้นทะเบียน

รวบรวมเอกสารเสนอต่อคณะกรรมการ
ตรวจสอบคุณสมบัติ
(ใช้เวลาประมาณ 1 วัน)

เสนอต่อเอกสารต่อผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)
(ใช้เวลาประมาณ 1 วัน)

เจ้าหน้าที่ลงข้อมูลในระบบฐานข้อมูลเบี้ย
ยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
(ใช้เวลาประมาณ 3 นาที/ราย)

เวลารับยื่นสิทธิ
08.30 - 12.00 น.
13.00 - 16.30 น.
ทุกวันทำการราชการ

สถานที่รับยื่นสิทธิ
สำนักปลัด
เทศบาลตำบลเมืองชุม
อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย



หมายเลขโทรศัพท์
053-662883, 053768461

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

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

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)ชื่อ.....นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ

ประเภทความพิการ ความพิการทางการเห็น ความพิการทางสติปัญญา

ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้

ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางออทิสติก

ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้โทรศัพท์.....

ข้อมูลทั่วไป: สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่
 เมื่อ.....

ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อื่นๆ (ระบุ).....

ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตัวเอง มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้

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

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
 ธนาคาร.....เลขที่บัญชี.....

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร(ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการขอรับเงินฝากธนาคาร)
- หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ(ในกรณียื่นคำขอฯแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

(.....) (นางสาวพนอนจิตต์ ธรรมโถ)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการกรอก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย / นาง / นางสาว</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน <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"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก</p> <p>(ลงชื่อ)..... (นางสาวพนอจิตต์ ธรรมโถ) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายกเทศมนตรีตำบลเมืองชุม คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับ ลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นางอุทัยวรรณ กรุณา) นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นายอิมงคล ชุ่มมงคล) หัวหน้าสำนักปลัดเทศบาล</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นายณรงค์ศักดิ์ อุดแทน) รองปลัดเทศบาล</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น</p> <p>.....</p> <p>ว่าที่ร้อยตรี (ชัยยา พลอยแหวน) นายกเทศมนตรีตำบลเมืองชุม</p> <p>วันที่.....</p>	

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือน พ.ศ. การลงทะเบียน
ครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยจะได้รับ เงินเบี้ยความพิการตั้งแต่เดือน
..... พ.ศ. ในอัตราเดือนละ 800 บาท ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้าย
ภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แห่งใหม่โดย
ทันที ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทึให้ต่อเนื่อง