



เทศบาลตำบลเขาคีรี

เปิดลงทะเบียนเพื่อรับเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ 2565

คุณสมบัติ

1. มีสัญชาติไทย
2. มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่ตำบลดงคู้
3. มีบัตรประจำตัวคนพิการ
4. ไม่เป็นบุคคลที่อยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์
ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง
ของมนุษย์

โดยเตรียมหลักฐาน ดังนี้

1. บัตรประจำตัวคนพิการ
2. ทะเบียนบ้าน(ที่เป็นปัจจุบัน)
3. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภท
ออมทรัพย์ กรณีประสงค์โอนเงิน
ผ่านบัญชีธนาคาร



ติดต่อขอลงทะเบียนได้ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2564 – สิงหาคม 2565 (ในวัน และเวลาราชการ)

ณ สำนักปลัด เทศบาลตำบลเขาคีรี โทร. 055-741-852 ต่อ 11



ประกาศเทศบาลตำบลเขาคีรีส

เรื่อง การรับลงทะเบียนคนพิการเพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

เพื่อให้การปฏิบัติงานการรับลงทะเบียนพิการและปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๙ แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๓) พ.ศ.๒๕๖๑ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ.๒๕๖๒ นั้น เทศบาลตำบลเขาคีรีส ได้กำหนดการรับลงทะเบียนคนพิการเพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ โดยให้คนพิการรายใหม่ที่มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ และยังไม่เคยลงทะเบียนมาก่อนตามระเบียบข้อ ๗ และคนพิการที่ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ยังไม่เคยดำเนินการลงทะเบียนตามระเบียบข้อ ๘ โดยให้ติดต่อขอลงทะเบียนระหว่างเดือนกันยายน ๒๕๖๔ ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.๒๕๖๕ ในวันและเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ นาฬิกา เว้นวันหยุดราชการ เทศบาลตำบลเขาคีรีส โดยคุณสมบัติคนพิการจะต้องมีดังนี้

๑. คุณสมบัติของคนพิการ ต้องเป็นคนพิการรายใหม่ที่ยังไม่เคยลงทะเบียนมาก่อน และคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการที่ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาใหม่ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลเขาคีรีส มีรายละเอียดดังนี้

๑.๑ มีสัญชาติไทย

๑.๒ มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลเขาคีรีส ตามทะเบียนบ้าน

๑.๓ มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ

๑.๔ ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

๒. เอกสารหลักฐานประกอบแบบคำขอลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการประกอบด้วย

๒.๑ บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ

๒.๒ ทะเบียนบ้านคนพิการ ฉบับตัวจริง

๒.๓ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ สาขาใดก็ได้ หรือธนาคารอื่นที่ยังใช้เบิกถอนได้ปกติ กรณีโอนเงินเข้าบัญชีตามนโยบายของรัฐบาลโครงการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและเบี้ยความพิการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโครงการบูรณาการฐานข้อมูลสวัสดิการสังคม (e-payment) เพื่อสร้างความปลอดภัย โปร่งใส ตรวจสอบได้

๓. ถ้าคนพิการ รายใดไม่สามารถมาลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ด้วยตนเองจะต้องทำหนังสือมอบอำนาจ เพื่อขอลงทะเบียนแทน โดยติดต่อขอรับหนังสือมอบอำนาจได้ที่เทศบาลตำบลเขาคีรีส โดยให้ผู้รับมอบอำนาจลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการแทนจะต้องแนบเอกสารดังนี้

๓.๑ บัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจที่ยังไม่หมดอายุ ฉบับตัวจริง

๓.๒ บัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจที่ยังไม่หมดอายุ ฉบับตัวจริง

๓.๓ หนังสือมอบอำนาจลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการแทน จำนวน ๑ ชุด

/๔. การตรวจสอบ...

๔. การตรวจสอบประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการ ตามประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ
หลังจากลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการไว้กับทางเทศบาลตำบลเขาคีรีส ภายในสิ้นเดือนที่ลงทะเบียน
ณ ที่ทำการเทศบาลตำบลเขาคีรีส ที่ทำการกำนัน/ผู้ใหญ่ทุ่กหมู่ และทางเว็บไซต์ของเทศบาลตำบลเขาคีรีส
ที่ www.khaokhiris.go.th

จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔



ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับคนพิการ
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา - มารดา ☐ สามี - ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการ ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....
ลงทะเบียน ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
☐-☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ที่อยู่.....
.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

คำนำหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (ระบุ)

ชื่อ.....นามสกุล.....

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

เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ประเภทคนพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา
☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้
☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางจิต
☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่

เมื่อ.....

☐ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ อื่นๆ (ระบุ)

☐ ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเอง ☐ มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ ☐ ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

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

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร.....สาขา.....เลขบัญชี ☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐☐☐

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือ สำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินฝากธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

(.....) (นางอุบลรัตน์ อ้นยงค์)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน นาย / นาง / นางสาว / หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐ แล้ว ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ (ลงชื่อ)..... (นางอุบลรัตน์ อ้นยงค์) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรี / นายก อบต..... คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมี ความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นางอารีย์ พันทับ) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นางจิรารัตน์ ต้นสำโรง) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นางวิษุอร ดำริห์)
คำสั่ง ☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่น ๆ (ลงชื่อ) (นายวรเทพ ศุภกิจเจริญ) นายกเทศมนตรีตำบลเขาคีรี วันที่ / เดือน / ปี	

(ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้พิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....
ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ.
การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕..... โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยความพิการ
ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕.....ถึง เดือนกันยายน ๒๕..... ในอัตราเดือนบาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีผู้พิการย้าย
ภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น (ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕..... ถึงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕.....) จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความ
พิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕..... ทั้งนี้เพื่อเป็นการ เพื่อรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง

หนังสือมอบอำนาจ

ที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่..... ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่..... ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจ.....แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่า ข้าพเจ้าได้กระทำด้วย
ตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)