



## คู่มือมาตรฐานการให้บริการประชาชน

สำนักงานเทศบาลตำบลบางปู  
ตำบลบางปู อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี  
โทรศัพท์/โทรสาร 073-491315

เว็บไซต์ [www.https://www.bangpu.go.th](https://www.bangpu.go.th) /ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : saraban\_05940902@dla.go.th

1. ชื่องาน : การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ
2. วิธีการขั้นตอนการขอรับบริการ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยยังชีพผู้พิการในเดือนถัดไป หรือ ผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอ พร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียน และ เอกสารหลักฐานประกอบ	10 นาที	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด เทศบาล ตำบลบางปู อ.ยะหริ่ง จ.ปัตตานี	-
2	การพิจารณา	ออกไปรับลงทะเบียน ตามแบบยื่นคำขอลงทะเบียนให้ผู้ขอลงทะเบียน หรือผู้รับมอบอำนาจ	10 นาที	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด เทศบาล ตำบลบางปู อ.ยะหริ่ง จ.ปัตตานี	-

### 3. ระยะเวลาที่ใช้ในการขอรับบริการ

- ระยะเวลาดำเนินการรวม 20 นาที

### 4. ช่องทางการให้บริการ

- งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด เทศบาลตำบลบางปู อ.ยะหริ่ง จ.ปัตตานี
- One Stop Service ชั้น1 เทศบาลตำบลบางปู อ.ยะหริ่ง จ.ปัตตานี

### 5. ค่าธรรมเนียม

- ไม่เสียค่าธรรมเนียม

### 6. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอรับบริการ

#### - เอกสาร/หลักฐาน

- |  |             |
|--|-------------|
| 1. สำเนาบัตรประชาชนคนพิการ                           | จำนวน 2 ชุด |
| 2. สำเนาทะเบียนบ้านคนพิการ                           | จำนวน 2 ชุด |
| 3. สำเนาบัตรประชาชนผู้ดูแล                           | จำนวน 2 ชุด |
| 4. สำเนาทะเบียนบ้านคนพิการ                           | จำนวน 2 ชุด |
| 5. สำเนาหน้าสมุดบัญชีคนพิการหรือผู้ดูแลเท่านั้น      | จำนวน 2 ชุด |
| 6. รูปถ่ายหน้าตรง 2 นิ้ว หรือรูปถ่ายจากโทรศัพท์จำนวน | จำนวน 2 รูป |

- แบบฟอร์มการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน:ผู้ยื่นคำขอฯแทนฯ ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ  
 ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น  บิดา - มารดา  บุตร  สามี - ภรรยา  พี่น้อง  ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ  
 ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....

เลขประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....

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

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

ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชุมชน.....ตรอก/ซอย.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ  -  -  -  -

- ประเภทความพิการ  ความพิการทางการเห็น  ความพิการทางสติปัญญา  
 ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย  ความพิการทางการเรียนรู้  
 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย  ความพิการทางออกทิสติก  
 พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส  โสด  สมรส  หม้าย  หย่าร้าง  แยกกันอยู่  อื่นๆ.....

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

เกี่ยวข้องกับโดยเป็น  บิดา-มารดา  บุตร  สามี- ภรรยา  พี่น้อง  อื่นๆ .....

**ข้อมูลทั่วไป :** สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ

- ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์  
 ได้รับเงินคนพิการ  มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือกวิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล  
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ  สำเนาทะเบียนบ้าน  
 สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร  
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจผู้ดูแลคนพิการและผู้รับมอบอำนาจ  
 บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและขอข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอมให้  
 ตรวจสอบข้อมูลกับหลักฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ  
 (.....)

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

<p><b>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</b> เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว</p> <p>.....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่ดีคุณสมบัติ ดังนี้</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ) .....</p> <p>(.....)</p> <p>เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p><b>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</b> เรียน นายก เทศมนตรี/อบต.....</p> <p>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน    <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p>
<p><b>คำสั่ง</b></p> <p><input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน    <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน    <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>นายก เทศมนตรี / นายก อบต.....</p> <p>วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p>	

----- (ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้พิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้) -----

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยจะได้รับเงิน  
เบี้ยความพิการตั้งแต่เดือน.....ในอัตราเดือนละ.....บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน  
กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่  
ภายในเดือนโดยทันที ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง