คู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
เรื่อง
การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

ผู้กำกับดูแล | สถจ. | อปท. | ประชาชน

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553 กำหนดให้ภายในเดือนพฤศจิกายนของทุกปีให้คนพิการ ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ในปีงบประมาณถัดไป ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาหรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

<u>หลักเกณฑ์</u>ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

1. มีสัญชาติไทย
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
3. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการคุณภาพชีวิตคนพิการ
4. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการโดยรับเงินสดด้วยตนเอง หรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี

ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบ คนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว

<u>วิธีการ</u>

1. คนพิการที่จะมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไป ให้คนพิการ หรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นณ สถานที่และภายในระยะเวลา ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศกำหนด

2. กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณที่ผ่านมา ให้ถือว่าเป็นผู้ได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้แล้ว

3. กรณีคนพิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการได้ย้ายที่อยู่ และยังประสงค์ประสงค์จะรับเงินเบี้ยความพิการต้องไปแจ้งต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป

ขั้นตอน ระยะเวลา การให้บริการ

ยื่นเอกสาร → ยื่นเอกสาร → พิจารณาลงทะเบียนผู้สูพิการ

เอกสาร

1.ใบรับรองความพิการจากโรงพยาบาลรัฐ
2.ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา
3.บัตรประชาชนพร้อมสำเนา
4.สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา สำหรับกรณีผู้ที่ประสงค์รับผ่านธนาคาร
5.ในกรณีมีความจำเป็นคนพิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้อื่นคำรับขอรับเบี้ยความพิการแทนได้
6.รูปถ่ายผู้พิการ จำนวน 2 รูป (ขนาด 1.5 - 2 นิ้ว)

วิธีรับเงิน

1.รับเงินสดด้วยตนเอง 2.โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ
3.รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
4.โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

ช่องทางการในบริการ

สถานที่ให้บริการ : องค์การบริหารส่วนตำบลละหานปลาค้าว
เปิดให้บริการ : วันจันทร์ - วันศุกร์ (ตั้งแต่ เดือนมกราคม - พฤษจิกายน) เวลา 08.30 - 16.30 น.

Welcome

รูปถ่าย
คนพิการ

แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

หน่วยงานรับคำขอ.....
วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .....

○ ขอมีบัตรครั้งแรก

○ ขอมีบัตรเนื่องจาก ☐ บัตรเดิมหมดอายุ ☐ ชำรุด
☐ สูญหาย ☐ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ
☐ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

๑.๑ คำนำหน้านาม ○ เด็กชาย ○ เด็กหญิง ○ นาย ○ นาง ○ นางสาว ○ อื่น ๆ(ระบุ) .....

๑.๒ ชื่อ..... ชื่อกลาง..... นามสกุล.....
Name..... Middle name..... Surname.....

๑.๓ เกิดเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. .....

๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน ..... - .... - .... - .... - .....

๑.๕ ศาสนา ○ พุทธ ○ คริสต์ ○ อิสลาม ○ อื่น ๆ (ระบุ) .....

๑.๖ สถานภาพสมรส ○ โสด ○ สมรสอยู่ด้วยกัน ○ หม้าย

๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
หมู่บ้าน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
มือถือ.....โทรสาร..... e-mail.....

๑.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
หมู่บ้าน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
มือถือ.....โทรสาร..... e-mail.....

๑.๙ การศึกษา
○ ไม่ได้เรียน
จบการศึกษาชั้นสูงสุด
☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย
☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)
☐ อนุปริญญา ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
☐ ปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
☐ สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
☐ อื่น ๆ (ระบุ) .....

๑.๑๐ อาชีพ
○ ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....
ประกอบอาชีพ
☐ เกษตรกรรม ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ ลูกจ้างเอกชน
☐ รับจ้างทั่วไป ☐ ธุรกิจส่วนตัว ☐ อาชีพอื่น ๆ (ระบุ).....

๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ.....บาท/เดือน

๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว).....บาท

๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี) .....คน

ตัวอย่าง

๑.๑๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

☐ ทางการเห็น ☐ ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

☐ ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ ทางสติปัญญา ☐ ทางการเรียนรู้ ☐ ทางออทิสติก

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ○ ไม่มี ○ มี (กรอกข้อมูลข้อ ๓.๒)

๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(๑) คำนำหน้านาม ○ เด็กชาย ○ เด็กหญิง ○ นาย ○ นาง ○ นางสาว ○ อื่นๆ(ระบุ) .....

(๒) ชื่อ..... นามสกุล.....

(๓) เลขประจำตัวประชาชน ..... - .... - .... - .... - .....

เลขหนังสือเดินทาง ..... (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)

(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ○ บิดามารดา ○ บุตร ○ สามีหรือภรรยา ○ พี่น้อง

○ ปู่ย่าตายาย ○ ลุงป้าน้าอา ○ บุคคลอื่น (ระบุ).....

(๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

หมู่บ้าน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

มือถือ.....โทรสาร.....e-mail.....

(๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล.....บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ○ ยินยอม ○ ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....) (.....)

คนพิการ ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน

เลขประจำตัวประชาชน .... - .... - .... - .... - .....

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน ○ เห็นควร ○ ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

○ **อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ**

○ **ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์**

○ **ความเห็นอื่น ๆ** .....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

ตัวอย่าง

เล่มที่.....เลขที่.....

เอกสารรับรองความพิการ โดยพิจารณาจากความบกพร่องตามคู่มือวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ผู้ประเมินกรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ชื่อสถานพยาบาล..... วัน..... เดือน..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า นพ./พญ. .....ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ .....

ได้ประเมิน ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/น.ส. ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

ประเภทความบกพร่อง	หัวข้อพิจารณา	ผลการประเมิน		ระบุรายละเอียดลักษณะความบกพร่อง/พิการ	การเกิดความบกพร่อง/พิการ (ต้องพิการมาแล้วไม่น้อยกว่า 3-6 เดือน)	สาเหตุความบกพร่อง/พิการ
		ไม่บกพร่อง	บกพร่อง			
1. ทางการเห็น (ประเมินจากข้างที่ดีกว่า) ***ข้างเดียวไม่พิการ**	- การเห็นของสายตา *น้อยกว่า 6/18 หรือ 20/70 ลงไป			( ) ตาบอด.....ข้าง ☐ซ้าย☐ขวา	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
	- ลานสายตา *แคบกว่า 30 องศา			( ) ตาเลือนราง.....ข้าง ☐ซ้าย☐ขวา		
2. ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย (ประเมินจากข้างที่ดีกว่า) ***ข้างเดียวไม่พิการ**	- การได้ยินเสียง *พิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ			( ) หูหนวก ☐ซ้าย☐ขวา ( ) หูตึง ☐ ซ้าย.....dB ☐ ขวา.....dB ( ) สื่อความหมาย	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
	- การเข้าใจภาษาพูด					
	- การใช้ภาษาพูด					
3. ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย	- การเคลื่อนไหว มือ แขน ขา หรือเท้า *พิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ			( ) การเคลื่อนไหว ( ) ขาด ระบุ..... ( ) อ่อนแรง ระบุ..... ( ) อื่นๆ ระบุ..... ( ) ร่างกาย ระบุ.....	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..... ( ) โรคหลอดเลือดสมอง ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
4. ทางจิตใจหรือพฤติกรรม	- สภาวะทางจิต หรือพฤติกรรม หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ			ระบุ.....	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
5. ทางสติปัญญา	- ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ			( ) พัฒนาการ ..... ( ) สติปัญญา	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
6. ทางการเรียนรู้	- ทักษะการเรียนรู้บกพร่อง หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ			ระบุ.....	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
7. ทางออทิสติก	- กลุ่มออทิสติก หรือพิจารณาตามคู่มือวินิจฉัยฯ			ระบุ.....	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ

***ประเภทความพิการในเอกสารรับรองฉบับนี้ต้องเป็นไปตาม มาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 เท่านั้น นายทะเบียนจึงจะพิจารณาออกบัตรประจำตัวคนพิการ**

สรุปผลการวินิจฉัย โดยพิจารณาจากความบกพร่องตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ปรากฏว่าผู้ได้รับการประเมิน

☐ **ไม่มีความพิการ / ไม่เข้าเกณฑ์ความพิการ**

☐ **มีความพิการตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ**

ความเห็น
( ) ส่งต่อเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการพิจารณาตามกฎหมาย
( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ระบุ.....
( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ระบุ.....
( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ระบุ.....
( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ระบุ.....
( ) อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้วินิจฉัย และตรวจประเมินความพิการ
(.....)
ตำแหน่ง.....

ประทับตรา
สถานพยาบาล

ตัวอย่าง