

ลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้พิการ

ผู้มีสิทธิ์รับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ 2568
สามารถลงทะเบียนได้ตลอดปี



คุณสมบัติ

- มีสัญชาติไทย
- มีภูมิลำเนาในเขตตำบลดอนหว่าน
- มีบัตรประจำตัวผู้พิการ

หลักฐานการลงทะเบียน

- สำเนาบัตรประจำตัวผู้พิการ จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้พิการ จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารใดก็ได้ จำนวน 1 ฉบับ

กรณีที่ไม่สามารถลงทะเบียนได้ด้วยตัวเอง

สามารถมอบหมายให้ผู้อื่นโดยทำหนังสือมอบอำนาจ และเตรียมเอกสารดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับมอบอำนาจ จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารใดก็ได้ จำนวน 1 ฉบับ
- หนังสือมอบอำนาจ จำนวน 1 ฉบับ



ติดต่อสอบถาม

กองสวัสดิการสังคม
องค์การบริหารส่วนตำบลดอนหว่าน
(ในวันและเวลาราชการ)
โทร. 043900071

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

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

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า (เด็กชาย/เด็กหญิง/นาย/นาง/นางสาว)ชื่อ.....นามสกุล.....
 เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่อที่อยู่สำเนาใน
 ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชุมชน.....ตรอก/ ซอย.....
 ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้พิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ ---

- ประเภทความพิการ ความพิการทางการเห็น ความพิการทางสติปัญญา
 ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้
 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางออทิสติก
 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ

รายได้ต่อเดือน.....อาชีพ.....

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานการณ์รับสวัสดิการภาครัฐ

- ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
 ได้รับเบี้ยยังชีพความพิการ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเบี้ยยังชีพคนพิการ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

- รับเงินด้วยตัวเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล
 พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้
 สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ
 บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

บัญชีเงินฝากเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
 หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย”

“ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอมให้
 ตรวจสอบข้อมูลกับฐานทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติ เด็กชาย/เด็กหญิง/นาย/นาง/นางสาว 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"/><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 <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้จดทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบล ดอนหว้าน.. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน (ลงชื่อ).....กรรมการ (.....) (ลงชื่อ).....กรรมการ (.....) (ลงชื่อ).....กรรมการ (.....)</p>
--	---

คำสั่ง

รับขึ้นทะเบียน
 ไม่รับขึ้นทะเบียน
 อื่น.....

(ลงชื่อ).....

นายก เทศมนตรี/นายก อบต.

วันที่/เดือน/ปี.....

ตัดตามรอยประให้คนพิการที่ยื่นขอลงทะเบียนเก็บไว้เพื่อเป็นหลักฐานการลงทะเบียน.....

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2569 โดยจะมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป ในอัตราเดือนละ.....บาท ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือนกรณีคนพิการย้ายที่ภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนที่ย้ายที่อยู่ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสหิทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป