

งานที่ให้บริการ

รับลงทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลกาญูบเกาะ

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลกาญูบเกาะ

โทรศัพท์ ๐-๗๓๒๔-๔๔๗๘

โทรสาร ๐-๗๓๒๕-๔๓๕๓

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

เดือนพฤศจิกายน ของทุกปี

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์

ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ผู้มีคุณสมบัติได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ดังต่อไปนี้

๑. มีสัญชาติไทย

๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลกาญูบเกาะ ตามทะเบียนบ้าน

๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ

๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

๑. กรอกข้อมูลในแบบฟอร์ม

ใช้เวลา ๕ นาที

๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน

ใช้เวลา ๒ นาที

๓. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้พิการ

ภายในเดือนที่ถัดไปหลังจากลงทะเบียน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

๑. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ

๒. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

๓. สำเนาทะเบียนบ้าน

๔. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่องค์การบริหารส่วนตำบลกาชัยบ่อเกาะ อำเภอรามัน จังหวัดยะลา
โทรศัพท์ ๐-๗๓๒๙-๙๔๗๗ หรือเว็บไซต์ <http://www.kayuboko.go.th>

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทนผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ
เกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดย ☐ บิดา-มารดา ☐ สามเณร-ภรรยา ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ
ชื่อ-สกุล(ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....
เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐-☐☐-☐ 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.....มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์.....

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

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางอหิสติก
☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางสติปัญญา
☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้
☐ ความพิการทางจิตใจหรือพิการ

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

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

เกี่ยวข้องกับโดยเป็น ☐ บิดา - มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร - ภรรยา ☐ พี่น้องอื่นๆ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่
ใหม่เมื่อ

☐ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ อื่นๆระบุ.....

☐ ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตัวเอง ☐ มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ

☐ ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ ☐ มีอาชีพ (ระบุ).....รายได้
ต่อเดือน(ระบุ).....(บาท)

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยคนพิการประจำปีงบประมาณพ.ศ.๒๕๕๙โดยวิธีดังต่อไปนี้(เลือกวิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง

☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบ
อำนาจจากผู้มีสิทธิธนาคาร.....สาขา..... เลขที่
บัญชี.....

- หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียนคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□ แล้ว ☐ เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ☐ เป็นผู้ที่ไม่เหมาะสมเนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียนนายกองค์การบริหารส่วนตำบลกาญูบเกาะ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)
คำสั่ง ☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่นๆ (ลงชื่อ)..... นายกองค์การบริหารส่วนตำบลกาญูบเกาะ	

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

การลงทะเบียนครั้งนี้เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยความพิการตั้งแต่เดือนถัดไป

หลังจากวันที่มาลงทะเบียน ในอัตราเดือนละ ๔๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายที่อยู่ไปอยู่ที่อื่นจะต้อง

ไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนที่ย้ายเป็นต้นไป ทั้งนี้เพื่อ

การรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่..... ออกให้ ณ..... เมื่อวันที่.....
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

ขอมอบอำนาจให้..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่..... ออกให้ ณ..... เมื่อวันที่.....
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์

เป็นผู้มีอำนาจ..... แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ
ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วย
ตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)