

ด่วนที่สุด

ที่ กบ ๐๐๓๗.๓/ว ๖๑๕๖



ศาลากลางจังหวัดกระบี่
ถนนอุตรกิจ กบ ๘๑๐๐๐

๒๑ ตุลาคม ๒๕๕๔

เรื่อง แนวทางการดำเนินงานด้านสวัสดิการเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖

เรียน นายอำเภอ ทุกอำเภอ และนายกเทศมนตรีเมืองกระบี่

อ้างถึง ๑. ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓

๒. หนังสือกระทรวงมหาดไทย ที่ มท ๐๘๙๑.๓/ว ๒๕๐๐ ลงวันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๕๓

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๙๑.๓/ว ๒๒๑๕
ลงวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๔

ตามที่กระทรวงมหาดไทยได้ประกาศใช้ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ เพื่อใช้ในการดำเนินงานการจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งข้อ ๗ แห่งระเบียบดังกล่าว กำหนดให้ภายในเดือนพฤศจิกายนของทุกปี ให้คนพิการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไปด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด ความละเอียดแล้ว นั้น

จังหวัดได้รับแจ้งจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นว่า เพื่อให้การดำเนินงานด้านสวัสดิการเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ เป็นไปด้วยความเรียบร้อยในแนวทางเดียวกัน และเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมด้านข้อมูลในการเสนอของบประมาณเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ จึงให้เทศบาลเมืองกระบี่ และอำเภอดำเนินการ ดังนี้

๑. ให้แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการจัดให้มีการขึ้นทะเบียนคนพิการรายใหม่ที่ยังไม่เคยลงทะเบียนมาก่อน ซึ่งมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ตามข้อ ๖ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทยฯ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ รวมทั้งคนพิการที่ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาใหม่ ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งยังไม่ได้ขึ้นทะเบียน ตามข้อ ๘ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทยฯ พ.ศ. ๒๕๕๓ โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับขึ้นทะเบียนภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๔ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมด้านข้อมูลในการเสนอของบประมาณเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือปฏิบัติตามแนวทางการรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินสวัสดิการเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖

๒. ให้แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำประกาศ เรื่อง บัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ เมื่อเสร็จสิ้นการจัดให้มีการขึ้นทะเบียนเบี้ยความพิการภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๔ แล้ว และให้ติดประกาศโดยเปิดเผยในที่สาธารณะ ภายในวันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๕๔ และให้

/- องค์กร...

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการบันทึกข้อมูลผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการรายใหม่ที่มาลงทะเบียนภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๕ ในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพฯ พร้อมทั้งปรับปรุงข้อมูลให้ถูกต้องตรงกับข้อเท็จจริงจำนวนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ เพื่อกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจะใช้เป็นข้อมูลในการจัดสรรงบประมาณเบี้ยความพิการให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อไป

๓. ให้แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรายงานข้อมูลจำนวนคนพิการที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการทั้งหมดตามแบบสรุปหน้าข้อมูลจำนวนคนพิการที่มีสิทธิรับเบี้ยความพิการฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (แบบ พท.๑) พร้อมสำเนาประกาศ เรื่อง บัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ จำนวน ๑ ชุด โดยเทศบาลเมืองจัดส่งให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดกระบี่ ภายในวันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๕๕ สำหรับเทศบาลตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล จัดส่งให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอ ภายในวันที่ ๕ มกราคม ๒๕๕๕ เพื่อรวบรวมส่งให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด ภายในวันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๕๕

รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่ส่งมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป สำหรับอำเภอให้แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตพื้นที่ทราบและพิจารณาดำเนินการด้วย

ขอแสดงความนับถือ



(นายสมาน แสงสอาด)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดกระบี่

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด

กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น

โทร/โทรสาร ๐-๗๕๖๑-๑๘๙๙, ๐-๗๕๖๒-๒๔๓๗

ด่วนที่สุด



ที่ มท ๐๘๙๑.๓/ว ๒๒๑๔

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
ถนนนครราชสีมา เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

๑๔ ตุลาคม ๒๕๕๔

เรื่อง แนวทางการดำเนินงานด้านสวัสดิการเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัด

อ้างถึง ๑. ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓

๒. หนังสือกระทรวงมหาดไทย ที่ มท ๐๘๙๑.๓/ว ๒๕๐๐ ลงวันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๕๓

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. แนวทางการรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินสวัสดิการเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ จำนวน ๑ ชุด
 ๒. แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ จำนวน ๑ ชุด
 ๓. หนังสือมอบอำนาจ จำนวน ๑ ชุด
 ๔. แบบประกาศ เรื่อง บัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ จำนวน ๑ ชุด
 ๕. แบบสรุปงบหน้าข้อมูลจำนวนคนพิการที่มีสิทธิรับเบี้ยความพิการฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (แบบ พก.๑) จำนวน ๑ ชุด
 ๖. แบบสรุปงบหน้าข้อมูลจำนวนคนพิการที่มีสิทธิรับเบี้ยความพิการฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ ของจังหวัด (แบบ พก.๒) จำนวน ๑ ชุด

ตามที่กระทรวงมหาดไทยได้ประกาศใช้ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ เพื่อใช้ในการดำเนินงานการจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งข้อ ๗ แห่งระเบียบดังกล่าว กำหนดให้ภายในเดือนพฤศจิกายนของทุกปีให้คนพิการ ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไปด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดรายละเอียดตามอ้างถึง นั้น

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นพิจารณาแล้วเห็นว่า เพื่อให้การดำเนินงานด้านสวัสดิการเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ เป็นไปด้วยความเรียบร้อยในแนวทางเดียวกัน และเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมด้านข้อมูลในการเสนอของบประมาณเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ จึงขอให้จังหวัดดำเนินการ ดังนี้

๑. แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการจัดให้มีการขึ้นทะเบียนคนพิการรายใหม่ที่ยังไม่เคยลงทะเบียนมาก่อน ซึ่งมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ตามข้อ ๖ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ รวมทั้งคนพิการที่ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาใหม่ ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งยังไม่ได้ขึ้นทะเบียน ตามข้อ ๘ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทย พ.ศ. ๒๕๕๓ โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับขึ้นทะเบียนภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๔ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมด้านข้อมูลในการเสนอของบประมาณเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือปฏิบัติตามแนวทางการรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินสวัสดิการเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑)

/ ๒. แจ้งให้องค์กร...

๒. แจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำประกาศ เรื่อง บัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๔) เมื่อเสร็จสิ้นการจัดให้มีการขึ้นทะเบียนเบี้ยความพิการ ภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๕ แล้ว และให้ติดประกาศโดยเปิดเผยในที่สาธารณะ ภายในวันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๕๕ และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการบันทึกข้อมูลผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการรายใหม่ที่มาลงทะเบียนภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๕ ในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี้อย่างชีพา พร้อมทั้งปรับปรุงข้อมูลให้ถูกต้องตรงกับข้อเท็จจริงจำนวนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ เพื่อกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจะใช้เป็นข้อมูลในการจัดสรรงบประมาณเบี้ยความพิการให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อไป

๓. แจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรายงานข้อมูลจำนวนคนพิการที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการทั้งหมดตามแบบสรุบบหน้าข้อมูลจำนวนคนพิการที่มีสิทธิรับเบี้ยความพิการฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (แบบ พท.๑) (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๕) พร้อมสำเนาประกาศ เรื่อง บัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ จำนวน ๑ ชุด โดยเทศบาลนคร และเทศบาลเมืองจัดส่งให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด ภายในวันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๕๕ สำหรับเทศบาลตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล จัดส่งให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอ ภายในวันที่ ๕ มกราคม ๒๕๕๕ เพื่อรวบรวมส่งให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด ภายในวันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๕๕

๔. ให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด รวบรวมและจัดเก็บประกาศ เรื่อง บัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ พร้อมทั้งแบบสรุบบหน้าข้อมูลจำนวนคนพิการที่มีสิทธิรับเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ ที่ได้มีการลงนามรับรองจากผู้บริหารท้องถิ่นไว้ที่สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด

๕. ให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดรายงานข้อมูลจำนวนคนพิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการในภาพรวมของจังหวัดโดยแยกเป็นรายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามแบบสรุบบหน้าข้อมูลจำนวนคนพิการที่มีสิทธิรับเบี้ยความพิการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ ของจังหวัด (แบบ พท.๒) (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๖) ที่ได้มีการลงนามรับรองความถูกต้องจากท้องถิ่นจังหวัดแล้ว พร้อมกับบันทึกข้อมูลลงในแผ่นบันทึกข้อมูล (CD) จัดส่งให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ภายในวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕ โดยสามารถส่งข้อมูลได้ทางโทรสารหมายเลข ๐-๒๒๔๑-๔๐๐๐ ต่อ ๔๑๐๓ หรือทาง e-mail : hsw@thailocaladmin.go.th เพื่อการตรวจสอบข้อมูลในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูล เบี้อย่างชีพา สำหรับใช้เป็นข้อมูลประกอบการจัดสรรงบประมาณเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นายชาญนะ เลียมแสง)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน

อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

สำนักส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการมีส่วนร่วม
ส่วนส่งเสริมการจัดการด้านสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม
โทรศัพท์. ๐-๒๒๔๑-๔๐๐๐ ต่อ ๔๑๓๕ /โทรสาร. ต่อ ๔๑๐๓

"ดำรงธรรมนำไทยใสสะอาด"

แนวทางการรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินสวัสดิการเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖

ตามความนัยข้อ ๗ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการ ให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ กำหนดให้ภายในเดือนพฤศจิกายนของทุกปีให้คนพิการ ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไปด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ ตนมีภูมิลำเนา ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานด้านสวัสดิการเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ เป็นไปด้วยความเรียบร้อยในแนวทางเดียวกัน และเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมด้านข้อมูลในการเสนอขอ งบประมาณเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ จึงได้กำหนดแนวทางการรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิ รับเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้

๑. การเตรียมการก่อนรับลงทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ

๑.๑ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นำบัญชีรายชื่อคนพิการที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๔ ทั้งหมดมาตรวจสอบสิทธิ สถานะความพิการ และการ ดำรงชีวิตอยู่ของคนพิการโดยไม่ต้องลงทะเบียนใหม่ ทั้งนี้โดยการจัดพิมพ์หรือประสานการจัดพิมพ์ข้อมูลจาก สำนักทะเบียนท้องถิ่นหรือสำนักทะเบียนอำเภอ เพื่อใช้เป็นหลักฐานประกอบการตรวจสอบคุณสมบัติคนพิการ กรณีคนพิการที่เสียชีวิตแล้ว และให้ตรวจสอบกรณีคนพิการที่เสียชีวิตแล้วแต่ยังไม่ได้มีการจำหน่ายรายชื่อออก จากทะเบียนราษฎร เพื่อไม่ให้เกิดการทุจริตสวมสิทธิในการขอรับเงินเบี้ยความพิการ

๑.๒ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการประชาสัมพันธ์ให้**คนพิการรายใหม่ที่ยังไม่เคย ลงทะเบียนมาก่อน** ซึ่งมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามข้อ ๖ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วย หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ **รวมทั้งคนพิการ ที่ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาใหม่** ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งยังไม่ได้ขึ้นทะเบียน ตามข้อ ๘ แห่งระเบียบ กระทรวงมหาดไทยฯ พ.ศ. ๒๕๕๓ ได้รับทราบถึงคุณสมบัติของผู้มีสิทธิ ขั้นตอน และเอกสารหลักฐานประกอบ การยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ วัน เวลา และสถานที่ ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ตั้งแต่ก่อนวันรับลงทะเบียนไปจนถึงวันสิ้นสุดการรับลงทะเบียน

๑.๓ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการประชาสัมพันธ์คุณสมบัติของผู้มีสิทธิการเตรียม เอกสารหลักฐาน ประกอบการยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการและกำหนดวัน เวลา และสถานที่ การรับลงทะเบียน ผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในรูปแบบต่างๆ ตามความเหมาะสม ให้ครอบคลุมและทั่วถึงในพื้นที่องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น เช่น การจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ติดตั้งไว้ในที่สาธารณะประจำหมู่บ้านหรือชุมชน การประชาสัมพันธ์ ทางวิทยุหมู่บ้านหรือชุมชน และที่ประชุมประจำหมู่บ้านหรือชุมชน เป็นต้น

๑.๔ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณากำหนดวัน เวลา และสถานที่ รับลงทะเบียน ผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการตามความเหมาะสม หรือตามที่ได้ดำเนินการประชาสัมพันธ์กำหนดวัน เวลา และ สถานที่รับลงทะเบียนไว้ล่วงหน้าแล้ว โดยพิจารณากำหนดจัดสถานที่รับลงทะเบียนหมุนเวียนไปตามหมู่บ้านหรือ ชุมชนอย่างทั่วถึงเพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกแก่คนพิการ

๒. ขั้นตอนการรับลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ

๒.๑ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการจัดให้มีการลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการรายใหม่ที่ยังไม่เคยลงทะเบียนมาก่อน ซึ่งมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามข้อ ๖ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ รวมทั้งคนพิการที่ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาใหม่ ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งยังไม่ได้ขึ้นทะเบียน ตามข้อ ๘ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทยฯ พ.ศ. ๒๕๕๓ โดยกำหนดรับลงทะเบียนภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๔

๒.๒ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแจ้งคนพิการที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ตามข้อ ๖ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทยฯ พ.ศ. ๒๕๕๓ ที่มีความประสงค์จะยื่นคำขอลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการดำเนินการ ดังนี้

๒.๒.๑ คนพิการจะต้องนำเอกสารหลักฐานประกอบแบบคำขอลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ ดังนี้

- (๑) บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- (๒) ทะเบียนบ้าน
- (๓) สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร สำหรับกรณีและผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการผ่านธนาคาร

๒.๒.๒ ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ จะต้องแสดงความประสงค์ในการขอรับเงินเบี้ยความพิการโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- (๑) รับเงินสดด้วยตนเอง
- (๒) รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
- (๓) โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ
- (๔) โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

๒.๒.๓ ให้คนพิการที่มีคุณสมบัติครบและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามข้อ ๖ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทยฯ พ.ศ. ๒๕๕๓ ยื่นคำขอลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเอง หรือในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบธรรม คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือคนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว ทั้งนี้สำหรับคนพิการกรณีอื่น ซึ่งไม่อาจยื่นคำขอได้ด้วยตัวเองให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทนโดยให้ผู้ที่เชื่อถือได้รับรองสถานะของคนพิการ แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย โดยให้กรอกรายละเอียดตามแบบคำขอลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการให้ถูกต้องครบถ้วนและให้ยื่นคำขอลงทะเบียนประกอบกับเอกสารหลักฐานของคนพิการ พร้อมกับสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๔ และให้องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นพิจารณาตรวจสอบด้วยความละเอียดรอบคอบ

๒.๒.๔ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดวัน เวลา และสถานที่ติดประกาศให้คนพิการที่มาลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการได้รับทราบ และสามารถตรวจสอบสิทธิจากประกาศ เรื่อง บัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖

๒.๒.๕ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแจ้งรายละเอียดแก่คนพิการที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ ว่าจะได้รับเงินเบี้ยความพิการตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๕ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๕๖ ในอัตราเดือนละ ๕๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะจ่ายเงินโดยวิธีใดวิธีหนึ่งตามความประสงค์ที่ระบุไว้ในแบบคำขอลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ

๒.๒.๖ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแจ้งคนพิการ หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ได้รับทราบถึงสิทธิกรณีที่ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นในระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๕ โดยสิทธิในการรับเงินของคนพิการจะได้รับเงินเบี้ยความพิการถึงเดือนกันยายน ๒๕๕๕ และเพื่อเป็นการรักษาสีบทให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนตุลาคม ๒๕๕๕ ต่อไป ดังนั้นคนพิการจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๕ ที่เปิดให้มีการลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

๒.๓ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำประกาศ เรื่อง บัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ เมื่อเสร็จสิ้นการจัดให้มีการขึ้นทะเบียนเบี้ยความพิการภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๕ แล้ว และให้ติดประกาศโดยเปิดเผยในที่สาธารณะ ภายในวันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๕๕ และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินการบันทึกข้อมูลผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการรายใหม่ที่มาลงทะเบียนภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๕ ในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี่ยยังชีพฯ พร้อมทั้งปรับปรุงข้อมูลให้ถูกต้องตรงกับข้อเท็จจริงจำนวนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ เพื่อกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจะใช้เป็นข้อมูลในการจัดสรรงบประมาณเงินเบี้ยความพิการให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อไป

๒.๔ แจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรายงานข้อมูลจำนวนคนพิการที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการทั้งหมดตามแบบสรุปหน้าข้อมูลจำนวนคนพิการที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (แบบ พก.๑) พร้อมสำเนาประกาศ เรื่อง บัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ จำนวน ๑ ชุด โดยเทศบาลนคร และเทศบาลเมืองจัดส่งให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด ภายในวันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๕๕ สำหรับเทศบาลตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล จัดส่งให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอ ภายในวันที่ ๕ มกราคม ๒๕๕๕ เพื่อรวบรวมส่งให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด ภายในวันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๕๕

๒.๕ ให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด รวบรวมและจัดเก็บประกาศ เรื่อง บัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ พร้อมทั้งแบบสรุปหน้าข้อมูลจำนวนคนพิการที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ ที่ได้มีการลงนามรับรองจากผู้บริหารท้องถิ่นไว้ที่สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด

๒.๖ ให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดรายงานข้อมูลจำนวนคนพิการที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการในภาพรวมของจังหวัดโดยแยกเป็นรายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามแบบสรุปหน้าข้อมูลจำนวนคนพิการที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ ของจังหวัด (แบบ พก.๒) ที่ได้มีการลงนามรับรองความถูกต้องจากท้องถิ่นจังหวัดแล้ว พร้อมกับบันทึกข้อมูลลงในแผ่นบันทึกข้อมูล (CD) จัดส่งให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ภายในวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕ โดยสามารถส่งข้อมูลได้ทางโทรสาร หมายเลข ๐-๒๒๔๑-๕๐๐๐ ต่อ ๕๑๐๓ หรือทาง e-mail : hsw@thailocaladmin.go.th เพื่อการตรวจสอบข้อมูลในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูล สำหรับใช้เป็นข้อมูลในการจัดทำคำของบประมาณ และประกอบการจัดสรรงบประมาณเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ ต่อไป

ทะเบียนเลขที่/๒๕๕๔

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖

ผู้ยื่นคำขอฯ [] แจงด้วยตนเอง

[] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น กับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

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

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

เลขที่.....หมู่ที่..... ตรอก/ ซอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

ประเภทความพิการ ความพิการทางการเห็น ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หรือออทิสติก

ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางสติปัญญา

ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางการเรียนรู้

พิการซ้ำซ้อน ไม่ระบุความพิการ

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ

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

เกี่ยวข้องโดยเป็น บิดา- มารดา บุตร สามเ- ภรรยา พี่น้อง อื่นๆ.....

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร..... เลขที่บัญชี □□□-□□□□□□-□

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ผู้ยื่นคำขอ

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

(.....)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□ แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้</p> <p>(ลงชื่อ) _____ (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายก เทศมนตรี/อบต.</p> <p>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) _____ ()</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) _____ ()</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) _____ ()</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p>(ลงชื่อ) _____</p> <p>นายก เทศมนตรี/นายก อบต.</p> <p>วัน/เดือน/ปี _____</p>	

ตัดตามรอยประให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ โดยจะได้รับเงิน
เบี้ยความพิการตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๕ ถึง เดือนกันยายน ๒๕๕๖ ในอัตราเดือนละ ๕๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน
กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นในระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๖ จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ
ณ ที่องค์รปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๕ เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่องในการรับ
เงินเบี้ยความพิการในเดือนตุลาคม ๒๕๕๖

(ตัวอย่าง)

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

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

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

เป็นผู้มีอำนาจ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่า ข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้	วัน-เดือน-ปีเกิดของคนพิการ	อายุ (ปี)	หมายเหตุ
1	นาย	X-XXXX-XXXX-XX-X	XX/XX/XXXX	XX	-
2	นาง.....	X-XXXX-XXXX-XX-X	XX/XX/XXXX	XX	-

จำนวนคนพิการทั้งสิ้น ราย

ลงชื่อผู้รับรอง.....
(.....)
ตำแหน่ง.....(นายกเทศมนตรี/นายก อบต.).....
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

(ตัวอย่าง)

แบบสรุปหน้าข้อมูลจำนวนคนพิการที่มีสิทธิรับเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556

เทศบาล/อบต. อำเภอ จังหวัด

จำนวนคนพิการที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 (รายเก่า) ที่รับ เงินตั้งแต่เดือน ต.ค. 2554 - ก.ย. 2555 (คน) (1)	จำนวนคนพิการที่มาลงทะเบียนภายในเดือนพฤศจิกายน 2554 เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 (รายใหม่) ซึ่งจะเริ่มรับเงินตั้งแต่เดือน ต.ค. 2555 - ก.ย. 2556 (คน) (2)	รวมทั้งสิ้น (คน) (3) = (1) + (2)	หมายเหตุ

ผู้จัดทำข้อมูล

(.....)

ตำแหน่ง

ลงวันที่เดือน พ.ศ.

รับรองความถูกต้อง

(.....)

ตำแหน่ง นายกเทศมนตรี / นายก อบต.

(ตัวอย่าง)

แบบสรุปหน้าข้อมูลจำนวนคนพิการที่มีสิทธิรับเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556
จังหวัด

ลำดับที่	อำเภอ	อปท.	จำนวนคนพิการที่มีสิทธิรับเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 ที่รับเงินตั้งแต่เดือน ต.ค. 2554 - ก.ย. 2555 (คน) (1)	จำนวนคนพิการที่มาลงทะเบียนภายในเดือน พฤศจิกายน 2554 เพื่อรับเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 ซึ่งจะเริ่มรับเงินตั้งแต่วันที่	รวมทั้งสิ้น (คน) (3) = (1) + (2)
1	A	ทค. ก	120	80	200
2	A	ทค. ข	80	70	150
3	A	อบต. ค	60	40	100
4	A	อบต. ง	40	10	50
รวมทั้งสิ้น			300	200	500

ผู้จัดทำข้อมูล
(.....)
ตำแหน่ง
รับรองความถูกต้อง
ตำแหน่ง ท้องถิ่นจังหวัด
ลงวันที่ เดือน พ.ศ.
ลงวันที่ เดือน พ.ศ.

ขั้นตอนการจัดทำข้อมูล

1. แบบกรอกข้อมูลข้างต้นให้จัดทำไปโปรแกรม excel และบันทึกข้อมูลทั้งหมดในสมุดงานเดียวกัน
2. เรียงลำดับขั้นเทศบาล จากเทศบาลนคร เทศบาลเมือง และเทศบาลตำบล ตามลำดับ
3. หลังจากเรียงลำดับขั้นเทศบาลทั้งหมดแล้ว จึงมาเรียงลำดับ ออบต. โดยแยกออกเป็นรายอำเภอทั้งจังหวัด
4. ข้อมูลดังกล่าวจะนำไปใช้ประกอบการเสนอของงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 เพื่อจัดสรรเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556
5. หากมีข้อสงสัย กรุณาติดต่อ ส่วนส่งเสริมการจัดการด้านสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม โทร 0 - 2241 - 9000 ต่อ 4131 , 4135 หรือ โทร มท. 51288