

ที่ อบ ๘๓๖๐๑/ว

๖๖๓



ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลโนนสมบูรณ์
อำเภอเดชอุดม อบ ๓๔๑๖๐

๓

ตุลาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๙

เรียน กำนันตำบลโนนสมบูรณ์ ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลโนนสมบูรณ์ทุกหมู่บ้าน

- | | |
|--|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบคำขอรับลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ | จำนวน ๑ ชุด |
| ๒. หนังสือมอบอำนาจ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. ประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลโนนสมบูรณ์ | จำนวน ๑ ชุด |

ตามที่กระทรวงมหาดไทยได้ประกาศใช้ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๙ เพื่อใช้ในการดำเนินการจ่ายเงินเบี้ยความพิการ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งตามนัยข้อ ๗ แห่งระเบียบดังกล่าว กำหนดให้คนพิการที่ได้จดทะเบียนความพิการตามกฎหมาย ว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตความพิการ ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนด และมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป และตามนัยข้อ ๖ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒ คนพิการซึ่งจะมีสิทธิที่จะได้รับเบี้ยยังชีพความพิการตามระเบียบนี้ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการเบี้ยความพิการกำหนด

ดังนั้นเพื่อให้การลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และเพื่อเป็นการประชาสัมพันธ์การลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ ให้คนพิการในพื้นที่ตำบลโนนสมบูรณ์ ได้ทราบโดยทั่วกันจึงขอประชาสัมพันธ์การลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙ ดังนี้

๑. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ
 - ๑.๑ เป็นคนพิการรายใหม่ที่ยังไม่เคยลงทะเบียนมาก่อน
 - ๑.๒ เป็นคนพิการที่ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาใหม่ในพื้นที่ตำบลโนนสมบูรณ์
 - ๑.๓ มีสัญชาติไทย
 - ๑.๔ มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลโนนสมบูรณ์ตามทะเบียนบ้าน
 - ๑.๕ มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
 - ๑.๖ ไม่เป็นบุคคลอยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐตามบัญชีรายชื่อที่ปลัดกระทรวงพัฒนา

สังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศกำหนด

๒. เอกสารหลักฐานการยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

คนพิการที่มีคุณสมบัติขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการที่มีความประสงค์ขอยื่นคำขอลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป ถึง วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙ ณ งานสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลโนนสมบูรณ์ ในวันและเวลาราชการ โดยให้เตรียมเอกสารหลักฐานประกอบคำขอลงทะเบียนดังต่อไปนี้

๒.๑ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๒ สำเนาทะเบียนบ้านที่ปัจจุบัน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๓ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๕ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ดูแลคนพิการ กรณีเป็นผู้ยื่นคำขอแทนคนพิการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ

ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบธรรม คนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณียื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนสำหรับคนพิการกรณีอื่นนอกจากบุคคลตามที่กล่าวมา ซึ่งไม่อาจยื่นคำขอได้ด้วยตนเองให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทน โดยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับรองสถานะของคนพิการ แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการไปเสนอต่อเจ้าหน้าที่

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นายบุญหนัก ทำนุ)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโนนสมบูรณ์

สำนักปลัด อบต. (งานสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์)

โทร.๐-๔๕๒๑-๐๖๒๘

โทรสาร.๐-๔๕๒๑-๐๖๒๘

(พันจ่าตรีรุ่งนรินทร์ เตโพธิ์ ๐๘-๒๔๓๕-๙๔๒๖)

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ
ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ)

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

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

คำนำหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่น ๆ (ระบุ)

ชื่อ.....นามสกุล.....เกิดวันที่.....เดือน.....

พ.ศ.อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....โนนสมบูรณ์.....อำเภอ/เขต.....เดชอุดม.....จังหวัด.....อุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์.....๓๔๑๖๑.....

โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการประชาชน ที่ยื่นคำขอ ----

ประเภทคนพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา
☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้
☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางออกธิดิก
☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่
เมื่อ.....

☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

☐ มีอาชีพ (ระบุ)..... รายได้ต่อเดือน (ระบุ)..... บาท

☐ มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคาร.....เลขบัญชี ---

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้รับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินฝากธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ ด.ช/ด.ญ/ นาย / นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐ แล้ว ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายก อบต.โนนสมบูรณ์ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมี ความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ พันจ่าเอก..... (ตรีพงศ์ เสาร์แก้ว) ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นางสุจินดา เหมลา) หัวหน้าสำนักปลัด กรรมการ พันจ่าตรี..... (รุ่งนิรันดร์ เตโพธิ์) นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ
คำสั่ง ☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่น ๆ (ลงชื่อ) (นายบุญหนัก ทำนุ) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโนนสมบูรณ์ วันที่ / เดือน / ปี	

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....เกี่ยวพันเป็น.....
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....เลขที่.....ออกให้ ณ.....
เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ/ผู้สูงอายุ/คนพิการ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)



คำสั่งองค์การบริหารส่วนตำบลโนนสมบูรณ์

ที่ ๔๔๖/๒๕๖๘

เรื่อง ยกเลิกคำสั่ง และแต่งตั้งพนักงานส่วนตำบลรักษาราชการแทนผู้อำนวยการกองคลัง

ตามที่องค์การบริหารส่วนตำบลโนนสมบูรณ์ ได้มีคำสั่งที่ ๒๔๙/๒๕๖๘ ลงวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๘ เรื่อง แต่งตั้งพนักงานส่วนตำบลรักษาราชการแทนผู้อำนวยการกองคลัง ซึ่งได้แต่งตั้ง พันจ่าเอก ตรีพงศ์ เสาร์แก้ว ตำแหน่ง ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลรักษาราชการแทน ผู้อำนวยการกองคลัง โดยมีผลตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๘ เป็นต้นไป นั้น

เพื่อให้การบริหารงานในองค์การบริหารส่วนตำบลโนนสมบูรณ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงยกเลิกคำสั่งองค์การบริหารส่วนตำบลโนนสมบูรณ์ ที่ ๒๔๙/๒๕๖๘ ลงวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๘ อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ และมาตรา ๒๕ วรรคท้าย แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ประกอบกับประกาศคณะกรรมการพนักงานส่วนตำบลจังหวัดอุบลราชธานี (ก.อบต.จังหวัด) เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคลขององค์การบริหารส่วนตำบล (แก้ไขเพิ่มเติม) ลงวันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๐ ข้อ ๒๔๕ และประกาศคณะกรรมการพนักงานส่วนตำบล จังหวัดอุบลราชธานี (ก.อบต.จังหวัด) เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคลขององค์การบริหารส่วนตำบล ลงวันที่ ๒๔ ตุลาคม ๒๕๕๕ ข้อ ๒๔๖ จึงมีคำสั่งให้นายรุ่งศักดิ์ ศรมณี ตำแหน่ง รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลรักษาราชการแทน ผู้อำนวยการกองคลัง โดยให้มีอำนาจหน้าที่เช่นเดียวกับ ผู้ซึ่งตนแทน

ทั้งนี้ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘

(ลงชื่อ)

(นายบุญหนัก ทำนุ)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโนนสมบูรณ์