



องค์การบริหารส่วนตำบลนาหว้า

ขอประชาสัมพันธ์การลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ

สำหรับ ผู้ที่พิการแต่ยังไม่มียบัตร และ ผู้ที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ

ที่มีภูมิลำเนาอยู่ใน ตำบลนาหว้า อำเภोजะนะ จังหวัดสงขลา



ผู้ที่เข้าเกณฑ์พิการแต่ยังไม่มียบัตร กรุณาติดต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสงขลา เพื่อทำบัตร



ผู้พิการที่มีบัตรและยังไม่เคยลงทะเบียนมาก่อน สามารถลงทะเบียนได้ที่สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลนาหว้า ในวันและเวลาราชการ

หลักเกณฑ์

- 1.เป็นผู้มีบัตรประจำตัวคนพิการ
- 2.มีสัญชาติไทย
- 3.ไม่เป็นผู้อยู่ในอุปการะของสถานสงเคราะห์
- 4.มีภูมิลำเนาทะเบียนบ้านอยู่ในตำบลนาหว้า

เอกสารหลักฐาน

- 1.บัตรประจำตัวคนพิการ
- 2.ทะเบียนบ้าน
- 3.สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร
- 4.หนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาบัตรประชาชน
ผู้มอบ-ผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้
ลงทะเบียนแทน)

หากมีข้อสงสัยหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสอบถามได้ที่ สำนักปลัด อบต.นาหว้า

โทร. 074-536620



แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

องค์การบริหารส่วนตำบลนาหว้า อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา

treeratha.earng59@gmail.com สลับบัญชี



ระบบจะบันทึกชื่อและรูปภาพที่เชื่อมโยงกับบัญชี Google เมื่อคุณอัปโหลดไฟล์และส่งแบบฟอร์มนี้

* ระบุว่าเป็นคำถามที่จำเป็น

ผู้ยื่นคำขอ *

- ☐ แจ้งด้วยตนเอง เลือกถัดไปเพื่อตอบข้อมูลของผู้พิการในหน้าถัดไป
- ☐ ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ กรอกข้อมูลด้านล่าง

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนเกี่ยวข้องกับ

- ☐ บิดา - มารดา
- ☐ บุตร
- ☐ สามี - ภรรยา
- ☐ พี่น้อง
- ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ

ชื่อ - สกุล

คำตอบของคุณ

เลขบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

คำตอบของคุณ



ที่อยู่ เลขที่

คำตอบของคุณ

หมู่ที่ / ชุมชน

คำตอบของคุณ

ตำบล

คำตอบของคุณ

อำเภอ

คำตอบของคุณ

จังหวัด

คำตอบของคุณ

รหัสไปรษณีย์

คำตอบของคุณ

หมายเลขโทรศัพท์

คำตอบของคุณ

ถัดไป

ล้างแบบฟอร์ม

ห้ามส่งรหัสผ่านใน Google ฟอร์ม

เนื้อหาที่นี่ได้ถูกสร้างขึ้นหรือรับรองโดย Google [รายงานการละเมิด](#) - [ข้อกำหนดในการให้บริการ](#) - [นโยบายความเป็นส่วนตัว](#)

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

treeratha.earng59@gmail.com สลับบัญชี



ระบบจะบันทึกชื่อและรูปภาพที่เชื่อมโยงกับบัญชี Google เมื่อคุณอัปโหลดไฟล์และส่งแบบฟอร์มนี้

* ระบุว่าเป็นคำถามที่จำเป็น

ข้อมูลผู้พิการ

ด้วยข้าพเจ้า *

- ☐ นาย
- ☐ นาง
- ☐ นางสาว

ชื่อ - สกุล *

คำตอบของคุณ

วัน/เดือน/ปี เกิด *

วันที่

วว/ดด/ปปปป

อายุ *

คำตอบของคุณ

สัญชาติ *

คำตอบของคุณ

ภูมิลำเนาในทะเบียนบ้าน เลขที่ *

คำตอบของคุณ

หมู่ที่/ชุมชน *

คำตอบของคุณ

ตรอก/ซอย

คำตอบของคุณ

ถนน

คำตอบของคุณ

ตำบล *

คำตอบของคุณ

อำเภอ *

คำตอบของคุณ

จังหวัด *

คำตอบของคุณ



รหัสไปรษณีย์ *

คำตอบของคุณ

หมายเลขโทรศัพท์ *

คำตอบของคุณ

เลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้พิการที่ยื่นคำขอ *

คำตอบของคุณ

ประเภทความพิการ *

- ☐ ความพิการทางการมองเห็น
- ☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมหรือออทิสติก
- ☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
- ☐ ความพิการทางสติปัญญา
- ☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
- ☐ ความพิการทางการเรียนรู้
- ☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส *

- ☐ โสด
- ☐ สมรส
- ☐ หม้าย
- ☐ หย่าร้าง
- ☐ แยกกันอยู่

บุคคลอ้างอิงที่ติดต่อได้ *

คำตอบของคุณ

หมายเลขโทรศัพท์ของบุคคลที่อ้างอิง *

คำตอบของคุณ

บุคคลที่อ้างอิงเกี่ยวข้องจะเป็น *

- ☐ บิดา - มารดา
- ☐ บุตร
- ☐ สามเณร - ภรรยา
- ☐ พี่น้อง
- ☐ อื่นๆ:

กลับ

ถัดไป

ล้างแบบฟอร์ม

ห้ามส่งรหัสผ่านใน Google ฟอร์ม

เนื้อหานี้ได้ถูกสร้างขึ้นหรือรับรองโดย Google [รายงานการละเมิด](#) - [ข้อกำหนดในการให้บริการ](#) - [นโยบายความเป็นส่วนตัว](#)

Google ฟอร์ม



แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

treeratha.earng59@gmail.com สลับบัญชี



ระบบจะบันทึกชื่อและรูปภาพที่เชื่อมโยงกับบัญชี Google เมื่อคุณอัปโหลดไฟล์และส่งแบบฟอร์มนี้

* ระบุว่าเป็นคำถามที่จำเป็น

ข้อมูลทั่วไป

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ *

- ☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ
- ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
- ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา)

หากมีการย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ

วันที่

วว/ดด/ปปปป

อาชีพ (ระบุ)

คำตอบของคุณ

รายได้ต่อเดือน (บาท)

คำตอบของคุณ



การฝึกอบรม

- ☐ ประสงค์รับการฝึกอบรม
- ☐ ไม่ประสงค์รับการฝึกอบรม

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 โดยวิธีดังต่อไปนี้ *

- ☐ รับเงินสดด้วยตนเอง
- ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล
- ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ
- ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้สิทธิ/ผู้ดูแล

บัญชีเงินฝากธนาคาร *

- ☐ ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร

สาขา *

คำตอบของคุณ

เลขที่บัญชี *

คำตอบของคุณ

ชื่อบัญชี *

คำตอบของคุณ



พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้ *

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
- ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
- ☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ

[📎 เพิ่มไฟล์](#)

สำเนาทะเบียนบ้าน

[📎 เพิ่มไฟล์](#)

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

[📎 เพิ่มไฟล์](#)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

[📎 เพิ่มไฟล์](#)[กลับ](#)[ส่ง](#)[ล้างแบบฟอร์ม](#)

ห้ามส่งรหัสผ่านใน Google ฟอร์ม

เนื้อหานี้มีได้ถูกสร้างขึ้นหรือรับรองโดย Google [รายงานการละเมิด](#) - [ข้อกำหนดในการให้บริการ](#) - [นโยบายความเป็นส่วนตัว](#)

Google ฟอร์ม