



คู่มือการใช้งานระบบศูนย์รับคำขออนุญาตของกรุงเทพมหานคร  
(BMA OSS)

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ



สารบัญ

บทที่ 1	การยื่นคำขออนุญาตผ่านระบบ BMA OSS.....	3
1.1.	ขั้นตอนยื่นรับเงินช่วยเหลือ.....	3
1.1.1.	แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ.....	3



## บทที่ 1 การยื่นคำขออนุญาตผ่านระบบ BMA OSS

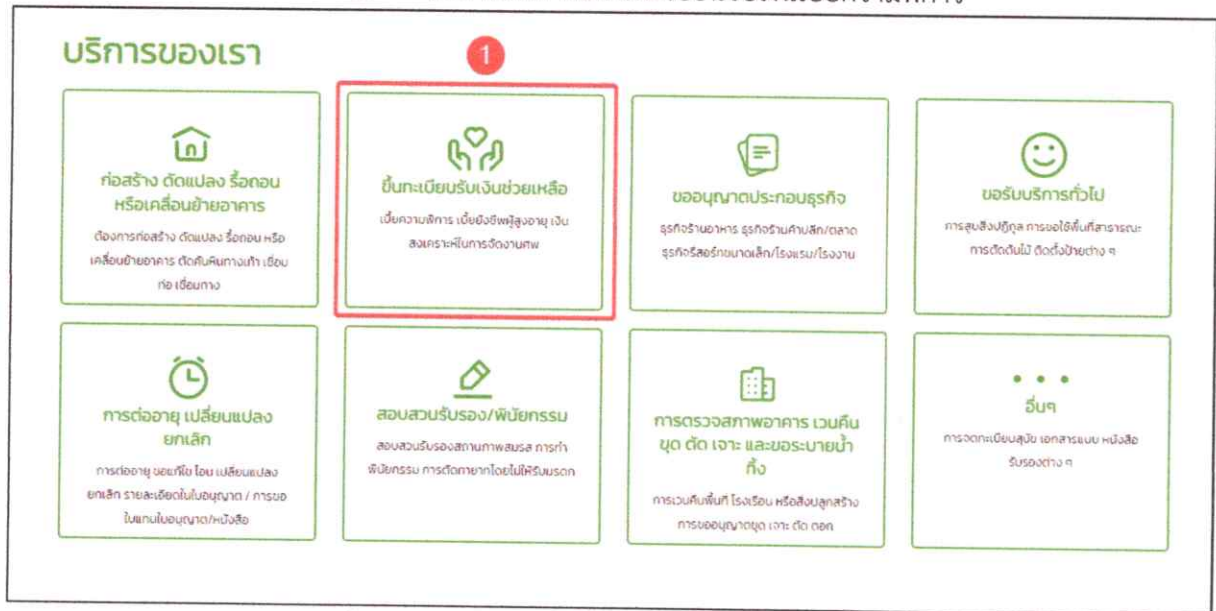
### 1.1. ขึ้นทะเบียนรับเงินช่วยเหลือ

เบี้ยความพิการ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เงินสงเคราะห์ในการจัดงานศพ

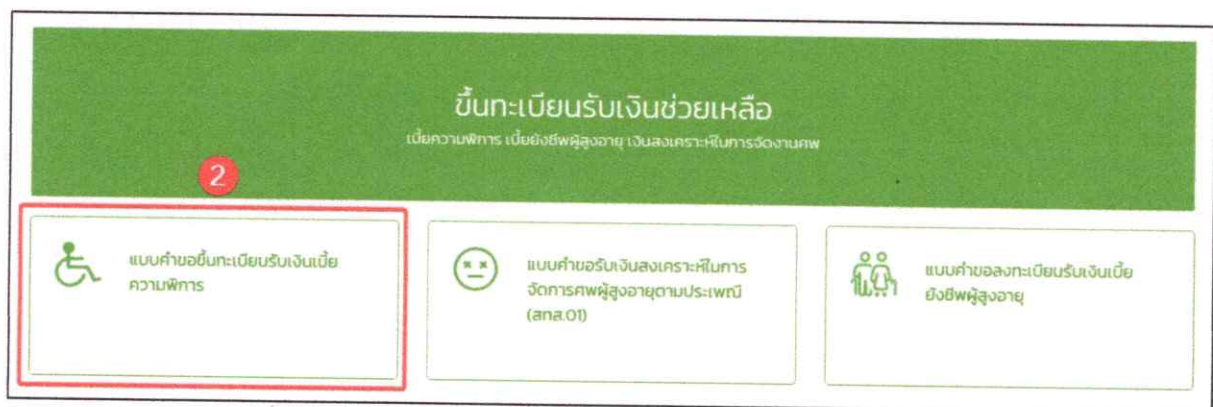
#### 1.1.1. แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

##### 1.1.1.1. ขั้นตอนการยื่นคำขอ

- 1) เลือก “ขึ้นทะเบียนรับเงินช่วยเหลือ”
- 2) ไปที่ แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ



รูปที่ 1: หน้าจอ เลือก “ขึ้นทะเบียนรับเงินช่วยเหลือ”



รูปที่ 2: หน้าจอ เลือก “แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ”



1.1.1.2. เลือกประเภทผู้ยื่นคำขอ

- 1) เลือกประเภทผู้ยื่นคำขอ เจ้าของเรื่อง (บุคคลธรรมดา)
- 2) เลือกประเภทผู้ยื่นคำขอ ได้รับมอบอำนาจจากบุคคลธรรมดา

ประเภทผู้ขอใบอนุญาต :

1 เจ้าของเรื่องเป็นผู้ยื่น (บุคคลธรรมดา)

2 ได้รับมอบอำนาจจากบุคคลธรรมดา

รูปที่ 3: หน้าจอ เลือกประเภทผู้ยื่นคำขอ

1.1.1.3. กรอกข้อมูลเจ้าของเรื่อง/ผู้พิการ (กรณีบุคคลธรรมดา)

- 1) เลือกเจ้าของเป็นเรื่องผู้ยื่น (กรณีบุคคลธรรมดา)
- 2) ระบุข้อมูลเจ้าของเรื่องผู้พิการ

ประเภทผู้ขอใบอนุญาต :

1 เจ้าของเรื่องเป็นผู้ยื่น (บุคคลธรรมดา)

2 ได้รับมอบอำนาจจากบุคคลธรรมดา

ข้อมูลเจ้าของเรื่อง/เจ้าของกิจการ/ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ

คำนำหน้าชื่อ : \*

นาย

ชื่อ : \*

นามสกุล : \*

สัญชาติ : \*

เลขที่หนังสือเดินทาง : \*

วัน/เดือน/ปีเกิด : \*

อายุ (ปี) :

โทรศัพท์มือถือ :

อีเมล :

รูปที่ 4: หน้าจอ กรอกข้อมูลเจ้าของเรื่อง/ผู้พิการ (กรณีบุคคลธรรมดา)



- 1.1.1.4. กรอกข้อมูลเจ้าของเรื่อง/ผู้พิการ (กรณีได้รับมอบอำนาจจากบุคคลธรรมดา)
- 1) ระบุข้อมูลผู้รับมอบอำนาจ (กรณีได้รับมอบอำนาจจากบุคคลธรรมดา)
  - 2) ระบุข้อมูลผู้มอบอำนาจ/ผู้พิการ

เจ้าของเรื่องเป็นผู้ยื่น (บุคคลธรรมดา)  รับมอบอำนาจจากบุคคลธรรมดา **1**

**ข้อมูลผู้รับมอบอำนาจ**

คำนำหน้าชื่อ : \* **2**

เลือกคำนำหน้าชื่อ

ชื่อ : \* นามสกุล : \*

กรอกชื่อ กรอกนามสกุล

เลขบัตรประจำตัวประชาชน : \* โทรศัพท์มือถือ : \*

----- (\_\_\_\_) -----

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ เกี่ยวข้องเป็น : \* เลือกปีความเกี่ยวข้องเป็น

**ข้อมูลผู้มอบอำนาจ/ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ**

คำนำหน้าชื่อ : \* **3**

นาย

ชื่อ : \* นามสกุล : \*

สัญชาติ : \* เลขที่หนังสือเดินทาง:

- เลขที่หนังสือเดินทาง

วัน/เดือน/ปีเกิด : \* อายุ (ปี) :

--- -- -- 0

โทรศัพท์มือถือ : อีเมล :

(\_\_\_\_) -----

รูปที่ 5: หน้าจอ กรอกข้อมูลเจ้าของเรื่อง/ผู้พิการ (กรณีได้รับมอบอำนาจจากบุคคลธรรมดา)



1.1.1.5. ข้อมูลที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเจ้าของผู้มอบอำนาจ/ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ

1) ระบุข้อมูลที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเจ้าของผู้มอบอำนาจ/ผู้พิการ

ข้อมูลที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเจ้าของผู้มอบอำนาจ/ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ	
เลขที่ : *	หมู่ที่ :
<input type="text" value="กรอกเลขที่"/>	<input type="text" value="กรอกหมู่ที่"/>
ตรอก/ซอย :	ถนน :
<input type="text" value="กรอกตรอก/ซอย"/>	<input type="text" value="กรอกถนน"/>
จังหวัด : *	อำเภอ/เขต : *
<input type="text" value="เลือกจังหวัด"/>	<input type="text" value="เลือกอำเภอ/เขต"/>
ตำบล/แขวง : *	รหัสไปรษณีย์ : *
<input type="text" value="เลือกตำบล/แขวง"/>	<input type="text" value="เลือกรหัสไปรษณีย์"/>
ข้อมูลที่อยู่เพิ่มเติม :	
<input type="text" value="กรอกข้อมูลที่อยู่เพิ่มเติม"/>	

รูปที่ 6: หน้าจอ ข้อมูลที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเจ้าของผู้มอบอำนาจ/ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ



1.1.1.6. ข้อมูลประเภทความพิการ

- 1) ระบุประเภทความพิการ โดยสามารถเลือกได้มากกว่าหนึ่งประเภท หากมีความพิการหลายด้าน
- 2) เลือกสถานภาพ
- 3) เลือกอาชีพ หากเลือก "อื่นๆ" กรุณาระบุรายละเอียดอาชีพเพิ่มเติมในช่องที่กำหนด
- 4) ระบุรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้พิการ (เป็นตัวเลข)

ข้อมูลประเภทความพิการ

ประเภทความพิการ : \*

<input type="checkbox"/> ความพิการทางการเห็น	1	<input type="checkbox"/> ความพิการทางการสติปัญญา
<input type="checkbox"/> ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย		<input type="checkbox"/> ความพิการทางการเรียนรู้
<input type="checkbox"/> ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย		<input type="checkbox"/> ความพิการทางออกัสติก
<input type="checkbox"/> ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม		

สถานภาพ : \*

เลือกสถานภาพ 2

อาชีพ : \*

เลือกอาชีพ 3

รายได้ต่อเดือน : \*

ระบุรายได้ต่อเดือน 4

รูปที่ 7: หน้าจอ ข้อมูลประเภทความพิการ



- 1.1.1.7. ข้อมูลบุคคลที่สามารถติดต่อได้
- 1) เลือกอบุคคลที่สามารถติดต่อได้ เกี่ยวข้องเป็น
  - 2) ระบุข้อมูลบุคคลที่สามารถติดต่อได้

ข้อมูลบุคคลที่สามารถติดต่อได้

หากไม่มีบุคคลที่สามารถติดต่อได้ให้ใส่ชื่อผู้พิการ

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ เกี่ยวข้องเป็น : **1**

เลือกมีความเกี่ยวข้องเป็น

ชื่อ : \* นามสกุล : \*

กรอกชื่อ กรอกนามสกุล

โทรศัพท์มือถือ : \* **2**

(\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

รูปที่ 8: หน้าจอ ข้อมูลบุคคลที่สามารถติดต่อได้

- 1.1.1.8. ข้อมูลสถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ
- 1) ระบุข้อมูลสถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ โดยสามารถเลือกได้มากกว่าหนึ่งสถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ
  - 2) ระบุที่อยู่เก่า

ข้อมูลสวัสดิการภาครัฐ/วิธีการรับเงิน

สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ : **1**

ยังไม่เคยรับเบี้ยยังชีพ

เคยรับเบี้ยความพิการ

ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตัวเอง

มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ

ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อวันที่

ที่อยู่เก่า : **2**

กรอกที่อยู่เก่า

รูปที่ 9: หน้าจอ ข้อมูลสถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ



1.1.1.9. เลือกมีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ

- 1) เลือกโอนเข้าบัญชีธนาคารของผู้พิการ
- 2) เลือกโอนเข้าบัญชีธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
- 3) เลือกรับเงินสดด้วยตนเอง
- 4) เลือกรับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยวิธี : \*

<input checked="" type="radio"/> โอนเข้าบัญชีธนาคารของผู้พิการ <b>1</b>	<input type="radio"/> โอนเข้าบัญชีธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ <b>2</b>
<input type="radio"/> รับเงินสดด้วยตนเอง <b>3</b>	<input type="radio"/> รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ <b>4</b>

รูปที่ 10: หน้าจอ เลือกมีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ

1.1.1.10. ข้อมูลโอนเข้าบัญชีธนาคารของผู้พิการ

เลือกกรณีที่ต้องการรับเงินเบี้ยความพิการผ่านการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารในชื่อของผู้พิการโดยตรง

- 1) ระบุข้อมูลบัญชีเงินฝากธนาคาร

โอนเข้าบัญชีธนาคารของผู้พิการ

โอนเข้าบัญชีธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

รับเงินสดด้วยตนเอง

รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

**บัญชีเงินฝากธนาคาร : \***

เลือกบัญชีเงินฝากธนาคาร **1** เลขที่บัญชี : \*

กรอกเลขที่บัญชี

ชื่อบัญชี :

กรอกชื่อบัญชี

รูปที่ 11: หน้าจอ ข้อมูลโอนเข้าบัญชีธนาคารของผู้พิการ



1.1.1.11. ข้อมูลโอนเข้าบัญชีธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ  
เลือกกรณีที่ต้องการรับเงินเบี้ยความพิการผ่านการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารใน  
ชื่อของบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

1) ระบุข้อมูลบัญชีเงินฝากธนาคาร

<input type="radio"/> โอนเข้าบัญชีธนาคารของผู้พิการ	<input checked="" type="radio"/> โอนเข้าบัญชีธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
<input type="radio"/> รับเงินสดด้วยตนเอง	<input type="radio"/> รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
<b>บัญชีเงินฝากธนาคาร : *</b>	
เลือกบัญชีเงินฝากธนาคาร	<b>1</b> เลขที่บัญชี : *
	กรอกเลขที่บัญชี
<b>ชื่อบัญชี :</b>	
กรอกชื่อบัญชี	

รูปที่ 12: หน้าจอ ข้อมูลโอนเข้าบัญชีธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ