|  |  |
| --- | --- |
| **งานที่ให้บริการ** | การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบ** | **ฝ่าย………………………….(ชื่อหน่วยงาน..............)** |

**คู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เรื่อง การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ**

**หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข**

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553 กำหนดให้ภายในเดือนพฤศจิกายนของทุกปีให้คนพิการ ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ในปีงบประมาณถัดไป ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา หรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

**หลักเกณฑ์ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้**

1. มีสัญชาติไทย

2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน

3.มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการคุณภาพชีวิตคนพิการ

4.ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการโดยรับเงินสดด้วยตนเอง หรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี

ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบ คนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว

**วิธีการ**

1. คนพิการที่จะมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไป ให้คนพิการ หรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นณ สถานที่และภายในระยะเวลา ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศกำหนด

2.กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณที่ผ่านมา ให้ถือว่าเป็นผู้ได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้แล้ว

3. กรณีคนพิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการได้ย้ายที่อยู่ และยังประสงค์ประสงค์จะรับเงินเบี้ยความพิการต้องไปแจ้งต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป

**ขั้นตอน ระยะเวลา การให้บริการ**

| **ที่** | **ประเภทขั้นตอน** | **รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ** | **ระยะเวลาให้บริการ** | **หน่วยเวลา** | **ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ** | **หมายเหตุ** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1) | การตรวจสอบเอกสาร | ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไป หรือผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอ พร้อมเอกสารหลักฐาน และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียน และเอกสารหลักฐานประกอบ | 20 | นาที | **ชื่อหน่วยงานที่รับผิดชอบ** | (1. ระยะเวลา : 20 นาที (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง) 2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบคือเทศบาล.....(ระบุชื่อ) / องค์การบริหารส่วนตำบล.....(ระบุชื่อ) / เมืองพัทยา) |
| 2) | การพิจารณา | ออกใบรับลงทะเบียน ตามแบบยื่นคำขอลงทะเบียนให้ผู้ขอลงทะเบียน | 10 | นาที | **ชื่อหน่วยงานที่รับผิดชอบ** | (1. ระยะเวลา : 10 นาที (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง) 2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบคือเทศบาล.....(ระบุชื่อ) / องค์การบริหารส่วนตำบล.....(ระบุชื่อ) / เมืองพัทยา) |

**รวมระยะเวลา 30 นาที**

งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว (ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน)

**รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ**

**เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ**

| **ที่** | **รายการเอกสารยืนยันตัวตน** | **หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร** | **จำนวนเอกสาร ฉบับจริง** | **จำนวนเอกสาร สำเนา** | **หน่วยนับเอกสาร** | **หมายเหตุ** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1) | บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วย การส่งเสริมการคุณภาพชีวิตคนพิการพร้อมสำเนา | - | 1 | 1 | ชุด | - |
| 2) | ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา | - | 1 | 1 | ชุด | - |
| 3) | สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร) | - | 1 | 1 | ชุด | - |
| 4) | บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี (กรณียื่นคำขอแทน) | - | 1 | 1 | ชุด | - |
| 5) | สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี (กรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบ คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือคนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณีการยื่นคำขอแทนต้องแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว) | - | 1 | 1 | ชุด | - |

**เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม**

| **ที่** | **รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม** | **หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร** | **จำนวนเอกสาร ฉบับจริง** | **จำนวนเอกสาร สำเนา** | **หน่วยนับเอกสาร** | **หมายเหตุ** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *ไม่พบเอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม* | | | | | | |
|  | | | | | | |

**ช่องทางการให้บริการ**

|  |  |
| --- | --- |
| **สถานที่/ช่องทางการให้บริการ** | **ระยะเวลาเปิดให้บริการ** |
| **ฝ่าย............................................................**  **งาน...........................**  **(ชื่อหน่วยงาน..............)** | วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ในเวลา  ตั้งแต่เวลา 08.30 - 16.30 น.  (ยกเว้นวันหยุดที่ราชการกำหนด) |

**ค่าธรรมเนียม**

**ไม่มีข้อมูลค่าธรรมเนียม**

**ช่องทางร้องเรียน**

|  |  |
| --- | --- |
| 1) | **ช่องทางการร้องเรียน(ชื่อหน่วยงาน..............)**  โทร. ……………………………………………………………………………………………. |
| 2) | **ช่องทางการร้องเรียน** ศูนย์บริการประชาชนสำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ***หมายเหตุ****( เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th /*  *ตู้ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300)* |
|  |  |

**ขอบเขตการให้บริการ/ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง:** ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2553

**ตัวอย่างแบบฟอร์ม แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ**

**ทะเบียนเลขที่................/…………………**

**แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ…………………………………….**

|  |
| --- |
| **เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียน :** ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น□ บิดา – มารดา □ บุตร □ สามี – ภรรยา □ พี่ – น้อง □ผู้ดูแลคนพิการ □อื่นๆ ชื่อ – นามสกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ)................................................................เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบ □-□□□□-□□□□□-□□-□ที่อยู่....................................................................................................................  ………………………………………………………………………………………………….……………… โทรศัพท์……………………................................... |

**ข้อมูลคนพิการ**

เขียนที่………………………………………………………………………………

วันที่.................เดือน………………………………….. พ.ศ……………..

ด้วยข้าพเจ้า □เด็กชาย□ เด็กหญิง □นาย□ นาง□ นางสาว□อื่นๆ(ระบุ)....................................

ชื่อ................................................................................ นามสกุล.............................................................................................

เกิดวันที่............เดือน.............................. พ.ศ. .................. อายุ.............ปีสัญชาติ….ไทย..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน

เลขที่…................. หมู่ที่................ ซอย......................... ถนน............................. ตำบล……............ อำเภอ……… จังหวัด………… รหัสไปรษณีย์…….. โทรศัพท์......................................................................................................

หมายเลขประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ□-□□□□-□□□□□-□□-□

ประเภทความพิการ □ ความพิการทางการมองเห็น □ความพิการทางสติปัญญา

□ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย □ ความพิการทางการเรียนรู้

□ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย □ ความพิการทางออทิสติก

□ความพิการทางจิตใจหรือทางพฤติกรรม

สถานภาพสมรส□ โสด□สมรส □หม้าย□หย่าร้าง□แยกกันอยู่□อื่นๆ (ระบุ)……………………...............

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

**ข้อมูลทั่วไป :**สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ□ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ □ เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่

เมื่อวันที่............เดือน........................พ.ศ. ...............

□ได้รับเงินเบี้ยผู้สูงอายุ□ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ □อื่นๆ (ระบุ)...................................................

□ มีอาชีพ (ระบุ)................................................... รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....................................................................(บาท)

□มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ ..........................................................................................................................................

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการประจำปีงบประมาณพ.ศ. 25๕๙โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

□ รับเงินสดด้วยตนเอง □รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

□โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ□โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ ธนาคาร............................................ สาขา............................................ เลขที่บัญชี..............................................................

**พร้อมแนบเอกสารดังนี้**

□ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ □สำเนาทะเบียนบ้าน

□ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการมีความประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

□ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียืนคำขอฯแทน)

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่เป็นบุคคลที่อยู่ในอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการหากข้อความและอเกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

(ลงชื่อ)...........................................................ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ)….................................................เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(...........................................................) (..........................................................)

**หมายเหตุ**ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกและทำเครื่องหมาย ✓ในช่อง □หน้าข้อความที่ต้องการ

|  |  |
| --- | --- |
| **ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน**  เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ  ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....................................................................................................  หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน  □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว  □ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน  □ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติเนื่องจาก  .....................................................................................................  ………………………………………………………………………………………….  (ลงชื่อ)..............................................................................  (...............................................................................)  เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน | **ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**  เรียนนายกองค์การบริหารส่วนตำบลบุกระสัง  คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมีความเห็นดังนี้  □ สมควรรับขึ้นทะเบียน □ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน  กรรมการ (ลงชื่อ)............................................................  (.........................................)  กรรมการ (ลงชื่อ)............................................................  (.....................................)  กรรมการ (ลงชื่อ)............................................................  (.....................................) |
| **คำสั่ง**  □รับขึ้นทะเบียน □ ไม่รับขึ้นทะเบียน □อื่นๆ........................................................................................  **(ลงชื่อ)................................................................**  **(......................................)**  **ตำแหน่ง................................................................**  **วัน/เดือน/ปี....................................................................** | |

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้ .

**ทะเบียนเลขที่................/………………….**

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ .ศ........................... โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือน...........................พ.ศ................. ในอัตราเดือนละ 800 บาท ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นค่ำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนโดยทันที ทั้งนี้เพื่อการรักษาสิทธิ์ให้ต่อเนื่อง

(ลงชื่อ)...........................................................ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ)….............................................เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.........................................................) (..................................................)