คู่มือการขอรับบริการสำหรับผู้รับบริการหรือผู้มาติดต่อ
เรื่อง การรับขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ

งานที่ให้บริการ	การรับขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง โทรศัพท์ : ๐ ๔๔๖๓ ๔๙๕๐	วันจันทร์ ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. – ๑๖.๓๐ น. หมายเหตุ : ในวัน และเวลาราชการ

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ด้วยกระทรวงมหาดไทย ได้ประกาศใช้ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒ เพื่อใช้ในการดำเนินการจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยข้อ ๗ แห่งระเบียบดังกล่าวกำหนดให้คนพิการที่ได้ จดทะเบียนคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด และมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป

<u>หลักเกณฑ์</u>ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

๑. มีสัญชาติไทย

๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน

๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ

๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ในการยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ จะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการโดยรับเงินสดด้วยตนเอง หรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี

ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบ คนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว

<u>วิธีการ</u>

๑. คนพิการที่มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ให้คนพิการ หรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ สถานที่และเวลาที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศกำหนด

๒. กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณที่ผ่านมา ให้ถือว่าเป็นผู้ได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้แล้ว

๓. กรณีคนพิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการได้ย้ายภูมิลำเนา และยังประสงค์ประสงค์จะรับเงินเบี้ยความพิการ ต้องไปยื่นคำขอขึ้นทะเบียนต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานรับผิดชอบ
๑. ประชาสัมพันธ์การรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง
๒. ผู้พิการที่มีคุณสมบัติกรอกคำขอ ตามแบบฟอร์มที่กำหนด	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง
๓. ผู้พิการที่มีคุณสมบัติยื่นคำขอตามแบบฟอร์มที่กำหนด	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง
๔. เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน และตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร (ระยะเวลา ๓ นาที)	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง
๕. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ พิจารณาสมควรรับขึ้นทะเบียน หรือไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน (ระยะเวลา ๓ นาที)	คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ องค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง
๖. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง พิจารณารับขึ้นทะเบียน หรือไม่รับขึ้นทะเบียน (ระยะเวลา ๓ นาที)	นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง องค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง
๗. ออกใบรับรองการลงทะเบียน ตามแบบคำขอลงทะเบียนให้ผู้ขอลงทะเบียน (ระยะเวลา ๑ นาที)	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง
๘. ลงข้อมูลในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง
๙. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง
๑๐. ผู้พิการรับเงินเบี้ยความพิการ (ในเดือนถัดไป)	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง

ระยะเวลา	ใช้ระยะเวลา ๑๐ นาทีต่อราย

รายการเอกสารประกอบ	
เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้	
๑. แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ	จำนวน ๑ ชุด
๒. เอกสารหลักฐาน ดังนี้ ๒.๑ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ๒.๒ สำเนาทะเบียนบ้าน ๒.๓ สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการมีความประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร) ๒.๔ หนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)	 จำนวน ๑ ฉบับ จำนวน ๑ ฉบับ จำนวน ๑ ฉบับ จำนวน ๑ ชุด
๓. ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบ คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือคนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาลแล้วแต่กรณี ยื่นคำขอแทน โดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว	จำนวน ๑ ชุด

เอกสารอื่นๆ หรือยื่นเพิ่มเติม	**ไม่พบเอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม**

ค่าธรรมเนียม	**ไม่มีค่าธรรมเนียมในการให้บริการ**

ช่องทางการให้บริการ
สถานที่/ช่องทางให้บริการ
๑. กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง (ในวันและเวลาราชการ)
๒. สถานที่อื่นๆ ที่องค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง ประกาศกำหนดให้บริการประชาชนตามความเหมาะสม (ในวันและเวลาตามประกาศ)

การรับเรื่องร้องเรียน
ช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน
กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ โทรศัพท์ : ๐ ๔๔๖๓ ๔๙๕๐ เว็บไซต์ : https://www.samronglocal.go.th/

ขอบเขตการให้บริการ/ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง	ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒

แบบฟอร์ม	**แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ**

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการองค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง

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

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า ☐เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐อื่นๆ (ระบุ).....
ชื่อ..... นามสกุล.....
เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. ..... อายุ.....ปี สัญชาติ....ไทย..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน
เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....สำโรง..... อำเภอพลับพลาชัย
จังหวัดบุรีรัมย์ รหัสไปรษณีย์ ๓๑๒๕๐ 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 .....
มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)
☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
ธนาคาร..... สาขา..... เลขที่บัญชี.....
พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้
☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการมีความประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่เป็นบุคคลที่อยู่ในอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการหากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

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

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน
เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว

.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ แล้ว

☐ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน

☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก

.....

.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

กรรมการ (ลงชื่อ).....

(.....)

กรรมการ (ลงชื่อ).....

(.....)

กรรมการ (ลงชื่อ).....

(.....)

คำสั่ง

☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่นๆ.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง

วัน/เดือน/ปี.....

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้พิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

ทะเบียนเลขที่..... /.....

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ .ศ..... โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ..... ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนโดยทันที ทั้งนี้เพื่อการรักษาสิทธิ์ให้ต่อเนื่อง

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

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

แบบฟอร์ม	หนังสือมอบอำนาจ

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
(.....)