|  |  |
| --- | --- |
| **งานที่ให้บริการ** | การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบ** | สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลเขาไพร |

**คู่มือสำหรับประชาชน เรื่อง การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ**

**หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข**

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553 กำหนดให้ภายในเดือนพฤศจิกายนของทุกปีให้คนพิการ ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไป 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 | 15 | นาที | งานพัฒนาชุมชนอบต.เขาไพร |  |
| 2) | การพิจารณา | ออกใบรับลงทะเบียน ตามแบบยื่นคำขอลงทะเบียนให้ผู้ขอลงทะเบียน | 10  | นาที | งานพัฒนาชุมชนอบต.เขาไพร |  |

**รวมระยะเวลา 25 นาที**

งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว (ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน)

**รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ**

**เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ**

| **ที่** | **รายการเอกสารยืนยันตัวตน** | **หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร** | **จำนวนเอกสารฉบับจริง** | **จำนวนเอกสารสำเนา** | **หน่วยนับเอกสาร**  | **หมายเหตุ** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1) | บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วย การส่งเสริมการคุณภาพชีวิตคนพิการพร้อมสำเนา | - | 1 | 1 | ชุด | - |
| 2) | ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา | - | 1 | 1 | ชุด | - |
| 3) | สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการผ่านธนาคาร) | - | 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** | **จำนวนเอกสารฉบับจริง** | **จำนวนเอกสารสำเนา** | **หน่วยนับเอกสาร**  | **หมายเหตุ** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ไม่พบเอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม |

**ช่องทางการให้บริการ**

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

**ค่าธรรมเนียม**

**ไม่มีข้อมูลค่าธรรมเนียม**

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

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**ตัวอย่างแบบฟอร์ม แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ**

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

**แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....................**

|  |
| --- |
| **เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียน :** ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น□ บิดา – มารดา □ บุตร □ สามี – ภรรยา □ พี่ – น้อง □ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ 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.............ปี สัญชาติ….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 .....................................................................................................................................

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. …………… โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

□ รับเงินสดด้วยตนเอง □ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

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

**พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้**

□ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ □ สำเนาทะเบียนบ้าน

□ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการมีความประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

□ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียืนคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(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 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเขาไพรคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้□ สมควรรับขึ้นทะเบียน □ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน(ลงชื่อ)...........................................ประธานกรรมการ (.........................................)  (ลงชื่อ).......................................................กรรมการ (...............................................)  (ลงชื่อ)........................................................กรรมการ (……………………………………….)  |
| คำสั่ง □ รับขึ้นทะเบียน □ ไม่รับขึ้นทะเบียน □ อื่นๆ........................................................................................ (ลงชื่อ)................................................................ ( ) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเขาไพรวัน/เดือน/ปี.................................................................... |

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้ .

**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

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