**คู่มือสำหรับประชาชน: การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ**

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: เทศบาลตำบลเมืองศรีไค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

กระทรวง: กระทรวงมหาดไทย

1. **ชื่อกระบวนงาน**: การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ
2. **หน่วยงานเจ้าของกระบวนงาน:** เทศบาลตำบลเมืองศรีไค
3. **ประเภทของงานบริการ:** กระบวนงานบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. **หมวดหมู่ของงานบริการ:** ขึ้นทะเบียน
5. **กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1) | ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2553 |

1. **พื้นที่ให้บริการ:** ตำบลเมืองศรีไค
2. **ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน** การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ
3. **ช่องทางการให้บริการ**

 **สถานที่ให้บริการ** เทศบาลตำบลเมืองศรีไค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

 รหัสไปรษณีย์ 34190 โทร 045-433103

 ระยะเปิดให้บริการเปิดให้บริการ วันจันทร์-ศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)

 (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

|  |  |
| --- | --- |
| **E-service** | **One Stop Service** |
| **ช่องทาง** | **ส่วนงานที่รับผิดชอบ** | **สถานที่ตั้ง** | **ส่วนงานที่รับผิดชอบ** |
| **-** | **-** | เทศบาลตำบลเมืองศรีไค | งานพัฒนาชุมชน |

1. **หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต**

 ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553 กำหนดให้ให้คนพิการที่ได้จดทะเบียนคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ลงทะเบียนและยื่นคําขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด และมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป
 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

1. **ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ**

**ระยะเวลาดำเนินการรวม** 20 นาที

| **ลำดับ** | **ประเภทขั้นตอน** | **รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ** | **ระยะเวลาให้บริการ** | **ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ**  | **หมายเหตุ** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1) | การตรวจสอบเอกสาร | ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยความพิการในปีงบประมาณ หรือผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอ พร้อมเอกสารหลักฐาน และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียน และเอกสารหลักฐานประกอบ | 15 นาที | เทศบาลตำบลเมืองศรีไค |  |
| 2) | การพิจารณา | ออกใบรับลงทะเบียน ตามแบบยื่นคำขอลงทะเบียนให้ผู้ขอลงทะเบียน | 5 นาที | เทศบาลตำบลเมืองศรีไค |  |

1. **รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ**

**12.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ**

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

*โดยเทศบาลตำบลเมืองศรีไค จะอำนวยความสะดวกในการทำสำเนาเอกสารให้แก่ผู้ขอรับบริการ*

1. **ค่าธรรมเนียม**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***ลำดับ*** | **รายละเอียดค่าธรรมเนียม** | **ค่าธรรมเนียม (บาท/ร้อยละ)** |
| - | ไม่มีค่าธรรมเนียม | 0.00 บาท |

 |

1. **ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ลำดับ** | **ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ** |
| 1) | *ชื่อเทศบาลตำบลเมืองศรีไค* *หมายเหตุ : เทศบาลตำบลเมืองศรีไค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34190* *โทร 045-433103*http://www.muangsrikai.go.th/ |

1. **ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก**

|  |  |
| --- | --- |
| **ลำดับ** | **ชื่อแบบฟอร์ม** |
| **1)** | แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ |

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

**แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ เทศบาลตำบลเมืองศรีไค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี**

เฉพาะกรณีผู้พิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน: ผู้ยื่นคำขอฯแทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียนโดยเป็น □ บิดา-มารดา □ บุตร □ สามี-ภรรยา □ พี่น้อง □ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ □ อื่นๆ(ระบุ)..........................

ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).......................................................................................................................................................

เลขประจำตัวประชาชน........................................................................... ที่อยู่.................................................................................................

................................................................................................................................ โทรศัพท์...........................................................................

เขียนที่ เทศบาลตำบลเมืองศรีไค

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

ด้วยข้าพเจ้า □ นาย □ นาง□นางสาว □อื่นๆ (ระบุ)..........ชื่อ..................................นามสกุล...........................

เกิดวันที่............ เดือน.............................. พ.ศ. ................. อายุ.............ปี สัญชาติ….ไทย..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน

เลขที่…................. หมู่ที่................ ซอย......................... ถนน............................. ตำบล...เมืองศรีไค.... อำเภอ...วารินชำราบ... จังหวัด...อุบลราชธานี.... รหัสไปรษณีย์...34190... โทรศัพท์.............................................................................................

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

ประเภทความพิการ □ ความพิการทางการมองเห็น □ ความพิการทางจิตใจหรือทางพฤติกรรม

□ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย □ ความพิการทางสติปัญญา

□ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย □ ความพิการทางการเรียนรู้

□ ความพิการทางออทิสติก □ ไม่ระบุความพิการ

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

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

เกี่ยวข้องโดยเป็น □ บิดา-มารดา □ บุตร □ สามี-ภรรยา □ พี่-น้อง □ อื่นๆ........................................................

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ

□ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ □ ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ □ อื่นๆ.................................................

□ ได้รับเงินเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ □ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ...................................................................

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

□ รับเงินสดด้วยตนเอง □ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

□ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ □ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/

 ผู้ดูแล

บัญชีเงินฝากธนาคาร................................... บัญชีเลขที่............................... ชื่อบัญชี .............................................................

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

□ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ □ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน □ สำเนาทะเบียนบ้าน

□ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการมีความประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

□ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียืนคำขอฯ แทน)

□ “ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่เป็นบุคคลที่อยู่ในอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการหากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย”

□ “ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ)............................................................. (ลงชื่อ)…......................................................

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

 ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

- 2 -

|  |  |
| --- | --- |
| **ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน**เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....................................................................................................หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน........................................................................... แล้ว □ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน □ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก.....................................................................................................………………………………………………………………………………………….(ลงชื่อ).............................................................................. (..............................................................)เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน | **ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**เรียน นายกเทศมนตรีตำบลเมืองศรีไคคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้□ สมควรรับขึ้นทะเบียน □ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน จ่าเอก……………………………… ประธานกรรมการ (บรรจบ อภัยจิตต์)  (ลงชื่อ)……………………………… กรรมการ (นายอรรถวิทย์ แสงดิษฐ์)  (ลงชื่อ)……………………………… กรรมการ (นางสาวสุจิตรา สองสี)  |
| **คำสั่ง** □ รับขึ้นทะเบียน □ ไม่รับขึ้นทะเบียน □ อื่นๆ........................................................................................ ร้อยตำรวจตรี(วีระวัฒน์ วิชาสวัสดิ์)นายกเทศมนตรีตำบลเมืองศรีไค วัน/เดือน/ปี ………………………………….. |

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

. (ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้พิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

 ชื่อ-สกุล...........................................................................................ลำดับลงทะเบียน....................../.............

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ .................... โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือน......................พ.ศ................. . ในอัตราเดือนละ 1,000/800 บาท ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน โดยโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.................................. เลขที่บัญชี.....................................ชื่อบัญชี ...............................................

***กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนไปอาศัยอยู่โดยทันที ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิ์ในการรับเงินเบี้ยความพิการให้ต่อเนื่อง***