

คู่มือปฏิบัติงานพัฒนาชุมชน : การลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ทอง อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

กระทรวง : กระทรวงมหาดไทย

๑. ชื่อกระบวนการ : การลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ

๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ : องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ทอง อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

๓. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

๔. หมวดหมู่ของงานบริการ : การลงทะเบียน

๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง : ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ทอง พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

๖. ระดับผลกระทบ : บริการทั่วไป

๗. ชื่ออ้างอิงของคู่มือปฏิบัติงานพัฒนาชุมชน : การลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ

๘. ช่องทางการให้บริการ :

สถานที่ให้บริการ องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ทอง อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

รหัสไปรษณีย์ ๘๐๑๖๐ โทร ๐-๗๕๕๒-๑๗๖๑

ระยะเปิดให้บริการ เปิดให้บริการ วันจันทร์-ศุกร์ ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น.

(มีพักเที่ยง) (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

๙. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ทอง พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ให้นักพิการ ที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ มาลงทะเบียนขอรับเบี้ยความพิการโดยต้องลงทะเบียนด้วยตนเองหรือผู้ดูแลคนพิการ หรือมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแทนตนเองต่อองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ทอง หลักเกณฑ์ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

๑. สัญชาติไทย

๒. มีบัตรประจำตัวคนพิการ ตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการ

๓. มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ทอง

๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ในการลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ คนพิการจะต้องลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ โดยแนบ เอกสารหลักฐานข้อมูล เพื่อลงทะเบียน ดังต่อไปนี้

๑. แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

๓. สำเนาทะเบียนบ้าน

๔. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร กรณีประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการผ่านธนาคาร

๕. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแทน)

วิธีการ

๑. ผู้ที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ ลงทะเบียนตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต้องกรปกรองส่วนท้องถิ่น ณ สถานที่และระยะเวลาที่องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ทองประกาศกำหนด ด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการได้

๒. กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ทองในปีงบประมาณที่ผ่านมา ให้ถือว่าเป็นผู้ได้ลงทะเบียนขอรับเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้แล้ว

๓. กรณีคนพิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการย้ายที่อยู่และยังประสงค์จะรับเงินเบี้ยความพิการต่อไป แจ้งต่อองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป

๑๐. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๒๐ นาที

ลำดับ	ประเภท ขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอน การบริการ	ระยะเวลา ให้บริการ	หมายเหตุ
๑	การตรวจสอบ เอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ย ความพิการ หรือผู้รับมอบ อำนาจ ยื่นคำขอพร้อม เอกสารหลักฐาน และ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้อง ขอลงทะเบียนและเอกสาร หลักฐานประกอบ	๑๐ นาที	๑. ระยะเวลา : ๑๐ นาที (ระบุระยะเวลาที่ให้ บริการจริง) ๒. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ องค์การบริหารส่วน ตำบลโพธิ์ทอง
๒	การพิจารณา	พิจารณา ออกใบรับ ลงทะเบียนตามแบบ ลงทะเบียนให้ผู้ขอ ลงทะเบียน หรือ ผู้รับมอบ อำนาจ	๑๐ นาที	ระยะเวลา : ๑๐ นาที (ระบุระยะเวลา ที่ ให้บริการจริง) ๒. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ องค์การบริหารส่วน ตำบล โพธิ์ทอง

๑๑. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑๑.๑ เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ลำดับ	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร
๑	บัตรประจำตัวประชาชนพร้อมสำเนา	๑	๑	ชุด
๒	ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา	๑	๑	ชุด
๓	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพประสงค์ ขอรับเงินเบี้ย ความพิการผ่าน ธนาคาร)	๑	๑	ชุด
๔	หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจ ให้ผู้อื่นดำเนินการแทน)	๑	๑	ชุด

๑๑.๑ เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ (ต่อ)

ลำดับ	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร
๕	บัตรประจำตัวประชาชนพร้อมสำเนา ของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจ ให้ดำเนินการแทน)	๑	๑	ชุด
๖	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา ของ ผู้รับมอบอำนาจ (กรณีผู้ขอรับเงิน เบี้ยยังชีพ ประสงค์ขอรับเงิน เบี้ยความพิการ ผ่านธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ)	๑	๑	ชุด

๑๒. ค่าธรรมเนียม : ไม่มี

๑๓. ช่องทางการร้องเรียน

องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ทอง หมู่ที่ ๑ ตำบลโพธิ์ทอง อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช
รหัสไปรษณีย์ ๘๐๑๖๐ โทร ๐-๗๕๕๑-๑๗๖๑ เว็บไซต์ของหน่วยงาน www.phothong.go.th/

๑๔. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๙ โดยจะมี สิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป ในอัตราเดือนละ ๘๐๐.-บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายที่ภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนที่ย้ายที่อยู่ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป

ตัวอย่างการกรอกแบบฟอร์ม

ทะเบียนเลขที่...../...๒๕๖๙....

แบบลงทะเบียนการขอรับเงินเบี้ยความพิการ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน:ผู้ยื่นคำขอแทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ

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

เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐-☐☐☐ ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

เขียนที่..... **อบต.โพธิ์ทอง**.....

วันที่..... **๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๙**.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ..... **ขยัน**.....นามสกุล..... **รักงานมาก**.....
เกิดวันที่..... **๐๑**.....เดือน..... **มกราคม**..... พ.ศ. **๒๕๒๑**.....อายุ..... **๔๘**.....ปี สัญชาติ..... **ไทย**.....มีชื่ออยู่ในสำเนา
ทะเบียนบ้านเลขที่..... **๑๐๑**.....หมู่บ้าน/ชุมชน..... **๑**.....ตรอก/ซอย..... **-**.....
ถนน..... **-**.....ตำบล..... **โพธิ์ทอง**.....อำเภอ..... **ท่าศาลา**.....จังหวัด..... **นครศรีธรรมราช**.....
รหัสไปรษณีย์..... **๘๐๑๖๐**.....โทร..... **๐๘ ๖๕๒๑ ๑๑๒๕**.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ **๓ - ๑๒๓๖ ๒๕๔๙๘ ๓๓ -๙**

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา
☒ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้
☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางออกัสติค
☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☒ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ

รายได้ต่อเดือน..... **-**..... บาท อาชีพ..... **-**.....

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

☐ ได้รับเบี้ยความพิการ ☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง

☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☒ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสารดังนี้

☒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

☒ สำเนาทะเบียนบ้าน

☒ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการผ่านธนาคาร)

☒ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

☒ บัญชีเงินฝากธนาคาร..... **กรุงไทย สาขาท่าศาลา**.....

บัญชีเลขที่..... **๘๒๘-๑๒๓๔๕๔๔**.....ชื่อบัญชี..... **นางมาลี รักงานมาก**.....

☒ “ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย”

☒ “ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นและยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ)..... **ขยัน รักงานมาก**.....

(ลงชื่อ).....

(..... **นายขยัน รักงานมาก**.....)

(.....)

ผู้ลงทะเบียน/ผู้รับมอบอำนาจลงทะเบียน

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติ นาย/นาง/นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□□ แล้ว ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้จดทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ทอง คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบ แล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)
คำสั่ง ☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่น..... (ลงชื่อ)..... นายกเทศมนตรี/นายก อบต..... วันที่.....	

ติดตามรอยประให้คนพิการที่ยื่นขอลงทะเบียนเก็บไว้.....

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๙ โดยจะมี สิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป ในอัตราเดือนละ ๔๐๐.-บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคน พิการย้ายที่ภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แห่งใหม่ภายในเดือนที่ย้ายที่อยู่ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป