

## คู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เรื่อง การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

งานที่ให้บริการ	การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	<u>กองสวัสดิการสังคม อบต.สะแกโพรง อ.เมืองบุรีรัมย์ จ.บุรีรัมย์</u>

### หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ กำหนดให้ภายในเดือนพฤศจิกายนของทุกปีให้คนพิการ ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไป ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา หรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

**หลักเกณฑ์ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้**

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการคุณภาพชีวิตคนพิการ
๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความพิการของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการโดยรับเงินสดด้วยตนเอง หรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี

ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบ คนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว

### วิธีการ

๑. คนพิการที่จะมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไป ให้คนพิการ หรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ สถานที่และภายในระยะเวลา ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศกำหนด

๒. กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณที่ผ่านมา ให้ถือว่า เป็นผู้ได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้แล้ว

๓. กรณีคนพิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการได้ย้ายที่อยู่ และยังประสงค์ประสงค์จะรับเงินเบี้ยความพิการต้องไปแจ้งต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป

### ขั้นตอน ระยะเวลา การให้บริการ

ที่	ประเภท ขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลา ให้บริการ	หน่วย เวลา	ส่วนงาน / หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑)	การตรวจสอบ เอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยความพิการใน ปีงบประมาณถัดไป หรือผู้รับมอบ อำนาจ ยื่นคำขอ พร้อมเอกสาร หลักฐาน และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำ ร้องขอลงทะเบียน และเอกสาร หลักฐานประกอบ	๒๐	นาที	กองสวัสดิการ สังคม	-
๒)	การพิจารณา	ออกไปรับลงทะเบียน ตามแบบยื่นคำ ขอลงทะเบียนให้ผู้ลงทะเบียน	๑๐	นาที	กองสวัสดิการ สังคม	

รวมระยะเวลา ๓๐ นาที

งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว (ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน)

### รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วย นับ เอกสาร	หมายเหตุ
๑)	บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมาย ว่าด้วย การส่งเสริมการคุณภาพชีวิต คนพิการพร้อมสำเนา	-	๑	๑	ชุด	-
๒)	ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา	-	๑	๑	ชุด	-
๓)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อม สำเนา (กรณีและผู้ขอรับเงินเบี้ยความ พิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)	-	๑	๑	ชุด	-

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วย นับ เอกสาร	หมายเหตุ
๔)	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนาของผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี (กรณียื่นคำขอแทน)	-	๑	๑	ชุด	-
๕)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อม สำเนาของผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดย ชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่ กรณี (กรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมี ผู้แทนโดยชอบ คนเสมือนไร้ ความสามารถ หรือคนไร้ ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบ ธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่ กรณีการยื่นคำขอแทนต้องแสดง หลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว)	-	๑	๑	ชุด	-

### เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
-----	-------------------------------	--------------------------------	-------------------------	----------------------	--------------------	----------

ไม่พบเอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

### ช่องทางการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
กองสวัสดิการสังคม อบต.สะแกโพรง	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ในเวลา ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. (ยกเว้นวันหยุดที่ราชการกำหนด)

### ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

## ช่องทางร้องเรียน

ช่องทางการร้องเรียน

- ๑) สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลสะแกโพรง (กรณีร้องเรียนด้วยตนเอง)
- ๒) ผ่านตู้ไปรษณีย์ ถึงที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลสะแกโพรง ถนนบุรีรัมย์-นางรอง หมู่ที่ ๑๕ ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ๓๑๐๐๐
- ๓) ทางโทรศัพท์ ๐-๔๔๑๘-๔๐๐๐ โทรสาร ๐-๔๔๑๘-๔๐๐๑
- ๔) ตูรับฟังความคิดเห็น บริเวณด่านหน้าสำนักงาน (ชั้น ๑)
- ๕) ทาง [www.facebook.com/องค์การบริหารส่วนตำบลสะแกโพรง](http://www.facebook.com/องค์การบริหารส่วนตำบลสะแกโพรง)
- ๖) ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) : [sakaeprongbrr@gmail.com](mailto:sakaeprongbrr@gmail.com)
- ๗) ทางเว็บไซต์ของหน่วยงาน [www.sakaeprong.go.th](http://www.sakaeprong.go.th)
- ๘) ผ่านทางไลน์ Official : แชนกับ อบต.สะแกโพรง

ขอขเขตการให้บริการ/ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง : ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2553

## ตัวอย่างแบบฟอร์ม แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

ทะเบียนเลขที่..... /.....

### แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการองค์การบริหารส่วนตำบลสะแกโพรง

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจ  
 เกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น  บิดา - มารดา  บุตร  สามเณร - ภรรยา  พี่ - น้อง   
 ผู้ดูแลคนพิการ  อื่นๆ ชื่อ - นามสกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคน  
 พิการ)..... 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..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียน  
 บ้าน

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..... โทร

ศัพท์.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ  ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ  เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ได้รับเงินเบี้ยผู้สูงอายุ  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์  อื่นๆ

(ระบุ).....

มีอาชีพ (ระบุ)..... รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....

(บาท)



## คำสั่ง

รับขึ้นทะเบียน  ไม่รับขึ้นทะเบียน  อื่นๆ.....

(ลงชื่อ).....

( )

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

(ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....)

ทะเบียนเลขที่..... /.....

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยจะได้รับเงิน  
เบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือน..... พ.ศ..... ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน  
กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วน  
ท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนโดยทันที ทั้งนี้เพื่อการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ  
(.....)

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