

คู่มือสำหรับประชาชน: การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: องค์การบริหารส่วนตำบลแม่ณาเรือ อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา

กระทรวง: กระทรวงมหาดไทย

1. ชื่อกระบวนการ: การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: องค์การบริหารส่วนตำบลแม่ณาเรือ อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดยุทธศาสตร์ของงานบริการ: ชี้นทะเบียน
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - 1) ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2553
6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ: ท้องถิ่น
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที
9. ข้อมูลสถิติ

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน	0
จำนวนคำขอที่มากที่สุด	0
จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด	0
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน สำเนาคู่มือประชาชน 18/07/2015 16:31
11. ช่องทางการให้บริการ
 - 1) สถานที่ให้บริการงานพัฒนาชุมชนสำนักงานปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลแม่ณาเรือ หมายเลขโทรศัพท์ 0-5442-3002 เว็บไซต์ www.maenaru.com/ ติดต่อด้วยตนเองณหน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ (ไม่เว้นวันหยุดราชการ) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
หมายเหตุ (ระยะเวลาเปิดให้บริการ 1 - 30 พฤศจิกายนของทุกปี)
12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553 กำหนดให้ภายในเดือนพฤศจิกายนของทุกปีให้คนพิการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ในปีงบประมาณถัดไปคนที่ทำการร้องขอรับเงินเบี้ยความพิการที่ตนมีภูมิลำเนาหรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

1. มีสัญชาติไทย
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
3. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการคุณภาพชีวิตคนพิการ
4. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการโดยรับเงินสดด้วยตนเองหรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์ผู้อนุบาลแล้วแต่กรณี

ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบคนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถให้ผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์หรือผู้อนุบาลแล้วแต่กรณียื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว

วิธีการ

1. คนพิการที่จะมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไปให้คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์ผู้อนุบาลแล้วแต่กรณียื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ สถานที่และภายในระยะเวลาที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศกำหนด
2. กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณที่ผ่านมาให้ถือว่าเป็นผู้ได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้แล้ว
3. กรณีคนพิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการได้ย้ายที่อยู่และยังประสงค์ประสงค์จะรับเงินเบี้ยความพิการต้องไปแจ้งต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ย	20 นาที	องค์การบริหาร	(1. ระยะเวลา : 20

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
		ความพิการในปัจุบันประมาณ ถัดไปหรือผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอพร้อมเอกสาร หลักฐานและเจ้าหน้าที่ ตรวจสอบคำร้องขอ ลงทะเบียนและเอกสาร หลักฐานประกอบ		ส่วนตำบลแม่นา เรืออำเภอเมือง พะเยาจังหวัด พะเยา	นาที่ (ระบุ ระยะเวลาที่ ให้บริการจริง) 2. หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบคือ องค์การบริหาร ส่วนตำบลแม่นา เรือ)
2)	การพิจารณา	ออกไปรับลงทะเบียนตาม แบบยื่นคำขอลงทะเบียนให้ ผู้ลงทะเบียน	10 นาที	องค์การบริหาร ส่วนตำบลแม่นา เรืออำเภอเมือง พะเยาจังหวัด พะเยา	(1. ระยะเวลา : 10 นาที (ระบุ ระยะเวลาที่ ให้บริการจริง) 2. หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบคือ องค์การบริหาร ส่วนตำบลแม่นา เรือ)

ระยะเวลาดำเนินการรวม 30 นาที

14. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่ <input type="checkbox"/>
ราย
การ
เอกสาร
าร
ยืนยัน
น
ตัวตน
น <input type="checkbox"/>
หน่วย
งาน
น
ภาค
รัฐผู้

ออก
 เอกส
 าร
 จำน
 วน
 เอกส
 าร
 ฉบับ
 จริง

 จำน
 วน
 เอกส
 าร
 สำเน
 า
 หน่ว
 ยนับ
 เอกส
 าร

 หมา
 ย
 เหตุ

 1)

 1)
 บัตร
 ประ
 จำตัว
 คน
 พิก
 ารตาม
 กฎ
 หมาย
 ว่า
 ด้วย
 การ
 ส่งเส
 ริม
 การ
 คุณภ
 ภาพ
 ชีวิต
 คน

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับ
 คนพิการที่ขอขึ้นทะเบียนโดยเป็น บิดา - มารดา บุตร สามเณร - ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ
 ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....
 เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ ---
 ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ค่านำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่นๆ

(ระบุ).....

ชื่อ.....นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ --

- ประเภทความพิการ**
- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ความพิการทางการเห็น | <input type="checkbox"/> | ความพิการทางสติปัญญา |
| <input type="checkbox"/> | ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย | <input type="checkbox"/> | ความพิการทางการเรียนรู้ |
| <input type="checkbox"/> | ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย | <input type="checkbox"/> | ความพิการทางออกเสียง |
| <input type="checkbox"/> | ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม | | |

สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ.....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้โทรศัพท์.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ

- | | | | |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ | <input type="checkbox"/> | เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่เมื่อ..... |
| <input type="checkbox"/> | ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ | <input type="checkbox"/> | ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ |
| <input type="checkbox"/> | ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเอง | <input type="checkbox"/> | มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ |
| <input type="checkbox"/> | มีอาชีพ (ระบุ)..... | <input type="checkbox"/> | ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ |
| <input type="checkbox"/> | มีอาชีพ (ระบุ)..... | <input type="checkbox"/> | รายได้ต่อเดือน (ระบุ)..... |

-2-

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

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | รับเงินสดด้วยตนเอง | <input type="checkbox"/> | รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ |
| <input type="checkbox"/> | โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ | <input type="checkbox"/> | โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ |

ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี-พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ |
| <input type="checkbox"/> | สำเนาทะเบียนบ้าน |
| <input type="checkbox"/> | สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการขอรับเงินผ่านธนาคาร) |
| <input type="checkbox"/> | หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน) |

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

(.....)

(.....)

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว/</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน</p> <p><input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบล</p> <p>.....</p> <p>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้</p> <p>ตรวจสอบแล้วมีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลง</p> <p>ชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>กรรมการ (ลง</p> <p>ชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>กรรมการ (ลง</p> <p>ชื่อ).....</p> <p>(.....)</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>นายกองค์การบริหารส่วนตำบล.....</p> <p>วัน/เดือน/ปี.....</p>	

ติดตามเส้นประให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....โดยจะได้รับเงินเบี้ย

ความพิการ

ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ..... ถึง เดือนกันยายน พ.ศ..... ในอัตราเดือนละ 500 บาท ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน

กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น(ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม ถึง 30 พฤศจิกายน) จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายน ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง

19. หมายเหตุ

-

วันที่พิมพ์	20/07/2558
สถานะ	รออนุมัติขั้นที่ 2 โดยสำนักงาน ก.พ.ร. (OPDC)
จัดทำโดย	องค์การบริหารส่วนตำบลแม่ณาเรือ อำเภอเมืองพะเยาจังหวัดพะเยาสถ. มท.
อนุมัติโดย	-
เผยแพร่โดย	-