

คู่มือแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่ : การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ

หน่วยงานที่ให้บริการ : กองสวัสดิการสังคม สำนักงานเทศบาลตำบลสังคม

ชื่อกระบวนการ : การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ

หน่วยงานกลางเจ้าของกระบวนการ : กองสวัสดิการ สำนักงานเทศบาลตำบลสังคม

ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

หมวดหมู่ของงานบริการ : การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ

กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

๑. ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติมจนถึงปัจจุบัน

ระดับผลกระทบ : บริการที่มีความสำคัญด้านเศรษฐกิจ / สังคม / การสังคมสงเคราะห์

พื้นที่ให้บริการ : ในเขตท้องถิ่นเทศบาลตำบลสังคม

กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา : ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติมจนถึงปัจจุบัน

ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / กำหนด ฯลฯ : เทศบาลตำบลสังคมจะดำเนินการเบิก - จ่ายเงินให้กับผู้สูงอายุ และคนพิการที่มาขึ้นทะเบียน ไว้แล้ว ไม่เกินวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน โดยจะจ่าย เป็นเงินสด หรือโอนเข้าบัญชีธนาคาร ตามที่ผู้สูงอายุและคนพิการได้แจ้งความ ประสงค์ไว้ ด้วยอัตราตามมติคณะรัฐมนตรีกำหนด

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

การตรวจสอบคุณสมบัติ

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตเทศบาลตำบลสังคม
๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
กองสวัสดิการสังคม สำนักงานเทศบาลตำบลสังคม	เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. (พักเที่ยงเวลา ๑๒.๐๐ น. - ๑๓.๐๐ น.)

กระบวนการหรือขั้นตอนการยื่นยันสิทธิ

ให้ผู้พิการยื่นยันสิทธิการขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ โดยแนบเอกสารหลักฐานข้อมูล เพื่อยืนยันสิทธิตนเอง ณ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลสังคม ดังต่อไปนี้

๑. บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับจริง
๒. บัตรประจำตัวประชาชน
๓. ทะเบียนบ้าน
๔. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร สำหรับกรณีผู้ที่ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร

ขั้นตอนในการขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ

๑. ยื่นเอกสารต่อเจ้าหน้าที่ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลสังคม
๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร และจัดทำสำเนาเอกสาร พร้อมทั้งสอบถามผู้พิการถึงคุณสมบัติตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง

๓. บันทึกข้อมูลผู้พิการลงในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๔. จัดพิมพ์แบบฟอร์มการยื่นยันสิทธิ และแจ้งข้อมูลรายละเอียดให้แก่ผู้พิการทราบ
๕. จัดส่งเอกสารการยื่นยันสิทธิให้คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
๖. เสนอเอกสารการยื่นยันสิทธิเพื่อให้ผู้บริหารอนุมัติการยื่นยันสิทธิ
๗. จัดทำประกาศการยื่นยันสิทธิ และสิทธิการได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ

หมายเหตุ : กรณีที่คนพิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองอาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทน แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและคนดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย คนพิการที่เป็นผู้สูงอายุสามารถลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ด้วย

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

๑. บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับจริง
๒. บัตรประจำตัวประชาชน ฉบับจริง ๑ ฉบับ
๓. ทะเบียนบ้าน ฉบับจริง ๑ ฉบับ
๔. หน้าสมุดบัญชีธนาคาร (กรณีรับเงินผ่านธนาคาร)

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
๑	การตรวจเอกสาร ยื่นแบบคำขอการขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร	๕ นาที	กองสวัสดิการสังคม สำนักงานเทศบาลตำบล สังคม
๒	การพิจารณา ตรวจสอบคุณสมบัติของผู้มายื่นแบบยืนยันสิทธิการขึ้น ทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ	๑ วันทำการ	กองสวัสดิการสังคม สำนักงานเทศบาลตำบล สังคม

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม(ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
๑	บัตรประจำตัวประชาชน ฉบับจริง ๑ ฉบับ หมายเหตุ(บัตรประจำตัวประชาชนผู้พิการ)	กรมการปกครอง
๒	ทะเบียนบ้าน ฉบับจริง ๑ ฉบับ หมายเหตุ(ทะเบียนบ้านผู้สูงอายุ)	กรมการปกครอง
๓	บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริม คุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับจริง ๑ ฉบับ	สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์จังหวัดหนองคาย
๔	บัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจ) การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ฉบับจริง ๑ ฉบับ หมายเหตุ (กรณีผู้พิการไม่สามารถมาลงทะเบียนได้ด้วยตนเอง)	กรมการปกครอง
๕	หนังสือมอบอำนาจการลงทะเบียน (กรณีมอบอำนาจการขึ้น ทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ) ฉบับจริง ๑ ฉบับ หมายเหตุ (กรณีผู้สูงอายุไม่สามารถมาลงทะเบียนได้ด้วย ตนเอง)	กรมการปกครอง/องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น
๖	หนังสือมอบอำนาจการรับเงิน (กรณีมอบอำนาจการรับเงิน แทนผู้พิการ) ฉบับจริง ๑ ฉบับ หมายเหตุ (กรณีผู้พิการไม่สามารถมารับเงินได้ด้วยตนเองและ ประสงค์ให้ผู้อื่นเป็นผู้รับเงินแทน)	กรมการปกครอง/องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น
๗	หน้าสมุดบัญชีธนาคาร (กรณีรับเงินผ่านธนาคาร) ฉบับจริง ๑ ฉบับ	ธนาคารหรือหน่วยงานทางบัญชีที่ เกี่ยวข้อง

	หมายเหตุ -	
--	------------	--

ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
ไม่มีค่าธรรมเนียม		

ทะเบียนเลขที่.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

<p>เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น <input type="checkbox"/> บิดา - มารดา <input type="checkbox"/> บุตร <input type="checkbox"/> สามี - ภรรยา <input type="checkbox"/> พี่น้อง <input type="checkbox"/> ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....</p> <p>เลขประจำตัวประชาชน <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"/></p> <p>ที่อยู่โทรศัพท์.....</p>
--

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ค่านำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่นๆ (ระบุ)

ชื่อ.....นามสกุล.....

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

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัดหนองคาย รหัสไปรษณีย์ ๓๘๐๐๐ โทรศัพท์.....หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

ของคนพิการที่ยื่นคำขอ ----

- ประเภทความพิการ ความพิการทางการเห็น ความพิการทางสติปัญญา
- ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้
- ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางออทิสติก
- ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ.....

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่เมื่อ

- ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อื่นๆ(ระบุ)
- ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตัวเอง มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้
- มีอาชีพ (ระบุ) รายได้ต่อเดือน (ระบุ)(บาท)

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕..... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี --

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สำเนาทะเบียนบ้าน

- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
- หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
 (ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน
 (.....) (.....)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน <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"/>-<input type="checkbox"/> แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่ใช่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายกเทศบาลตำบลสังคม คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบ แล้วมีความเห็น ดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้น ทะเบียน กรรมการ(ลงชื่อ) () กรรมการ(ลงชื่อ) () กรรมการ(ลงชื่อ) ()</p>
---	--

คำสั่ง

รับขึ้นทะเบียน ไม่รับขึ้นทะเบียน อื่นๆ

.....

(ลงชื่อ)
 ()
 นายกเทศบาลตำบลสังคม
 วัน/เดือน/ปี.....

หนังสือมอบอำนาจ

ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยยังชีพความพิการและเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ที่.....

วันที่.....

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลสังคม

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน/หนังสืออื่นๆที่ทาง
ราชการออกให้ เลขที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ
..... จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน/หนังสืออื่นๆ ที่ทาง
ราชการออกให้ เลขที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ
..... จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....ความเกี่ยวข้องเป็น
.....เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/เบี้ยความพิการ/เงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ แทนข้าพเจ้าตลอด
ปีงบประมาณทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว โดยจ่ายให้ผู้รับมอบอำนาจเป็น

เงินสด

โอนเข้าบัญชีธนาคาร ของผู้รับมอบอำนาจ ชื่อบัญชี.....

ธนาคาร ธกส. กรุงไทย ออมสิน อื่นๆ

สาขา.....เลขบัญชี.....

ข้าพเจ้า ขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเอง
ทั้งสิ้น เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)