

คู่มือการปฏิบัติงาน
การยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ



องค์การบริหารส่วนตำบล
อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์

วิธีการและขั้นตอนการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักตามคู่มือประชาชน

งานที่ให้บริการ	การยื่นยืมสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบล
ขอบเขตการให้บริการ	-
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาที่เปิดให้บริการ
งานสวัสดิการสังคม	วันจันทร์ – วันศุกร์ เว้นวันหยุดราชการ ตลอดทั้งปีงบประมาณ
ห้องสำนักปลัด	ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. บริการไม่หยุดพักเที่ยง
องค์การบริหารส่วนตำบล	
โทรศัพท์ ๐๔๔-๕๙๑-๐๕๐	
หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ	

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒ กำหนดให้คนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ หรือคนพิการที่ย้ายทะเบียนบ้านมาอยู่ใหม่ในพื้นที่ที่องค์การบริหารส่วนตำบล ให้มาลงทะเบียนและยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยผู้พิการด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้คนอื่นมากระทำแทน ณ องค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการในเดือนถัดไปนับจากวันที่ลงทะเบียน

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล
๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ซึ่งต้องได้ลงทะเบียนและยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการต่อองค์การบริหารส่วนตำบล
๔. ไม่เป็นบุคคลที่อยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการ

ขั้นตอน	ระยะเวลา	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑. ผู้พิการมาแสดงตนต่อเจ้าหน้าที่ เพื่อยืนยันคำขอขึ้นทะเบียนพร้อม เอกสารหลักฐาน	๕ นาที	งานสวัสดิการสังคม ห้องสำนักปลัด องค์การบริหารส่วน ตำบลละ
๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร หลักฐานที่เกี่ยวข้องและตรวจสอบ คุณสมบัติ สัมภาษณ์/บันทึกข้อมูล เพิ่มเติม	๑๐ นาที	เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ๑.นางพรทิพย์ ศรีปุชยานนท์ ๒.นายพิชาติ ฉิมงาม
๓. รวบรวมเอกสารเสนอ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เสนอผู้บริหารเพื่อจัดทำประกาศ รายชื่อ	๑๕ นาที	

ระยะเวลา

ไม่เกิน ๑๕ นาที/ราย ในการรับคำร้องรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

๑. บัตรประจำตัวประชาชน (ยังไม่หมดอายุ) พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
๒. ทะเบียนบ้านฉบับจริง พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร จำนวน ๑ ฉบับ
- *** ในกรณีที่มีความจำเป็นผู้สูงอายุไม่สามารถมายืนยันสิทธิได้ด้วยตนเองสามารถมอบอำนาจเป็น
ลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นแบยืนยันสิทธิแทนได้ โดยมีเอกสารประกอบเพิ่มเติม ดังนี้
๔. หนังสือมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ
๕. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ
๖. สำเนาประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียมในการขอขึ้นทะเบียนคนพิการ

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

องค์การบริหารส่วนตำบลละ โทร ๐๔๔-๕๙๑-๐๕๐

E-mail : Obtba.sao @ gmail.com

เว็บไซต์ : Obtba.go.th

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□□-□□□□□□-□□-□ แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก</p> <p>(ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลละ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) ()</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) ()</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) ()</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ)</p> <p>นายก เทศมนตรี/นายก อบต.....</p> <p>วัน/เดือน/ปี</p>	

ตัดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....

ชื่อ-สกุล.....ลำดับที่ลงทะเบียน...../๒๕๖๖.....

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน โดยโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร..... เลขที่บัญชี..... โดยได้รับตั้งแต่เดือน..... พ.ศ. เป็นต้นไป

กรณีผู้พิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนนั้นๆ เพื่อรักษาสัทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการ

