

งานที่ให้บริการ	การรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อรับเบี้ยยังชีพ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง โทรศัพท์ : ๐๔๓-๗๙๕๕๒๕ ต่อ ๑๓ โทรสาร : ๐๔๓-๗๙๕๕๒๕ ต่อ ๑๑	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๒.๐๐ น. และเวลา ๑๓.๐๐ น. - ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

-การรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเป็นไปตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ โดยผู้สูงอายุจะต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามข้อ ๖ ได้แก่ ๑) มีสัญชาติไทย ๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลหนองแสง ๓) มีอายุหกสิบปีขึ้นไป ๔) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ที่ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการ และผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๘

-ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยวิธีหนึ่งดังต่อไปนี้

๑.รับเงินสดด้วยตัวเอง หรือรับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

๒.โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ หรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

-ระยะเวลาในการยื่นคำขอการลงทะเบียนจะอยู่ในช่วงเดือนพฤศจิกายนเป็นประจำปี

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑.ประชาสัมพันธ์การลงทะเบียนผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า ๑๕ วันทำการก่อนวันลงทะเบียน โดย อบต.หนองแสง รับลงทะเบียนตั้งแต่วันที่ ๑ -๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
๒.ผู้สูงอายุกรอกคำขอตามแบบฟอร์มที่กำหนด	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
๓.ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติยื่นคำขอตามแบบฟอร์มที่กำหนด	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ (ต่อ)

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๔.เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียนและตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร (ระยะเวลา ๓ นาที)	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
๕.คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ (ระยะเวลา ๓ นาที)	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
๖.นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสงอนุมัติ (ระยะเวลา ๔ นาที)	นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
๗.อบต.หนองแสง ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
๘.ผู้สูงอายุรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในปีงบประมาณถัดไป (ตั้งแต่เดือนตุลาคม)	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลา ๑๐ นาทีต่อราย

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้	
๑.แบบคำขอลงทะเบียนเพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	จำนวน ๑ ชุด
๒.เอกสารหลักฐานแสดงตนของผู้ยื่นคำขอ ดังนี้	
๒.๑ กรณีผู้ยื่นคำขอด้วยตนเอง	
-สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	จำนวน ๑ ฉบับ
-สำเนาทะเบียนบ้าน	จำนวน ๑ ฉบับ
-สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร	จำนวน ๑ ฉบับ
๒.๒ กรณีบุคคลอื่นเป็นผู้ยื่นคำขอแทน	
-สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน(ของผู้สูงอายุ)	จำนวน ๑ ฉบับ
-สำเนาทะเบียนบ้าน (ของผู้สูงอายุ)	จำนวน ๑ ฉบับ
-สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ของผู้สูงอายุ)	จำนวน ๑ ฉบับ
-หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประชาชนของ ผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ	จำนวน ๑ ชุด

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียมในการบริการ

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าหากการบริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่สำนักปลัด
องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง หมายเลขโทรศัพท์ ๐๔๓ - ๗๙๙๕๒๕ ต่อ ๑๑ และกอง
สวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๔๓-๗๙๙๕๒๕ ต่อ ๑๓

ตัวอย่างแบบฟอร์ม
แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ทะเบียนเลขที่/.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ผู้ยื่นคำขอฯ [] แจ้งด้วยตนเองผู้ยื่นคำขอฯ [] แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....

กับผู้สูงอายุที่ขอขึ้นทะเบียน ชื่อ-สกุล.....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

☐- ☐☐☐☐- ☐☐☐☐☐ - ☐☐ ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)นามสกุล.....

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

ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของ

ผู้ยื่นคำขอ ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

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

☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ

☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลายมือชื่อ).....

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐ ของ นาย/ นาง/ นางสาว/.....แล้ว ☐ เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ☐ เป็นผู้ที่มีความประพฤติไม่ดี ดังนี้..... (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)
คำสั่ง ☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่น ๆ (ลงชื่อ)..... วัน/เดือน/ปี	

งานที่ให้บริการ	การรับลงทะเบียนผู้พิการเพื่อรับเบี้ยยังชีพความพิการ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง โทรศัพท์ : ๐๔๓-๗๙๙๕๒๕ ต่อ ๑๓ โทรสาร : ๐๔๓-๗๙๙๕๒๕ ต่อ ๑๒	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๒.๐๐ น. และเวลา ๑๓.๐๐ น. - ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

-การรับลงทะเบียนผู้พิการเป็นไปตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ โดยผู้สูงอายุจะต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามข้อ ๖ ได้แก่ ๑) มีสัญชาติไทย ๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลหนองแสง ๓) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ๔) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

-ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการโดยรับเงินสดด้วยตนเอง หรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี -ระยะเวลาในการยื่นคำขอการลงทะเบียนจะอยู่ในช่วงเดือนพฤศจิกายนเป็นประจำปี

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑. ประชาสัมพันธ์การลงทะเบียนผู้พิการ ไม่น้อยกว่า ๑๕ วันทำการก่อนวันลงทะเบียน โดย อบต.หนองแสง รับลงทะเบียนตั้งแต่วันที่ ๑ -๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
๒. ผู้พิการที่มีคุณสมบัติกรอกคำขอตามแบบฟอร์มที่กำหนด	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
๓. ผู้พิการที่มีคุณสมบัติยื่นคำขอตามแบบฟอร์มที่กำหนด	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
๔. เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียนและตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร (ระยะเวลา ๓ นาที)	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
๕. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ (ระยะเวลา ๓ นาที)	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ (ต่อ)	
ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๖.นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง อนุมัติ (ระยะเวลา ๔ นาที)	นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
๗.อบต.หนองแสง ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับ เบี้ยยังชีพคนพิการ	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
๘.ผู้พิการรับเบี้ยยังชีพผู้พิการใน ปีงบประมาณถัดไป (ตั้งแต่เดือนตุลาคม)	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
ระยะเวลา	
ใช้ระยะเวลา ๑๐ นาทีต่อราย	
รายการเอกสารหลักฐานประกอบ	
เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้	
๑.แบบคำขอลงทะเบียนเพื่อรับเบี้ยยังชีพความพิการ	จำนวน ๑ ชุด
๒.เอกสารหลักฐานแสดงตนของผู้ยื่นคำขอ ดังนี้	
๒.๑ กรณีผู้ยื่นคำขอด้วยตนเอง	
-สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ	จำนวน ๑ ฉบับ
-สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	จำนวน ๑ ฉบับ
-สำเนาทะเบียนบ้าน	จำนวน ๑ ฉบับ
-สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ของผู้พิการ)	จำนวน ๑ ฉบับ
๒.๒ กรณีบุคคลอื่นเป็นผู้ยื่นคำขอแทน	
-สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ	จำนวน ๑ ฉบับ
-สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน(ของผู้พิการ)	จำนวน ๑ ฉบับ
-สำเนาทะเบียนบ้าน (ของผู้พิการ)	จำนวน ๑ ฉบับ
-สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ของผู้พิการ)	จำนวน ๑ ฉบับ
-หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประชาชนของ ผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ	จำนวน ๑ ชุด
ค่าธรรมเนียม	
ไม่มีค่าธรรมเนียมในการบริการ	
การรับเรื่องร้องเรียน	
ถ้าหากการบริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง หมายเลขโทรศัพท์ ๐๔๓ - ๗๙๙๕๒๕ ต่อ ๑๑ และกอง สวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๔๓ - ๗๙๙๕๒๕ ต่อ ๑๓	

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ผู้ยื่นคำขอฯ [] แจ่งด้วยตนเอง

[] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ-สกุล.....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ ---- ที่อยู่

โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....

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

ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....หนองแสง.....อำเภอ/เขต.....วาปีปทุม.....จังหวัด.....มหาสารคาม.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการมองเห็น ☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมหรือออทิสติก

☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้

☐ พิจารณาใช้ ☐ ไม่ระบความพิการ

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

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

เกี่ยวข้องกับโดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามี-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ อื่นๆ.....

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

☐ ย้ายภณิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง

☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

Subtotal: _____

Total: _____

พร้อมแบบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

2020 2021

☐ สำเนาที่จะยื่นขาน

☐ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงและถูกต้องตามที่ปรากฏในเอกสารแนบมา และข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้เป็นเจ้าของข้อมูลข้างต้น

(continued)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้สมัครสมัคร

องค์การวิชาชีพด้านคอมพิวเตอร์ ไม่จูงใจผู้ประกอบการ

2)

๕๑)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ยุติบัตรทะเบียน

(ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สงอายุที่ยืนคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน..... ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ แทนข้าพเจ้า
และมีระยะเวลาการมอบอำนาจไม่เกินปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

งานที่ให้บริการ	การรับคำขอการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง โทรศัพท์ : ๐๔๓ - ๗๙๙๕๒๕ ต่อ ๑๓ โทรสาร : ๐๔๓ - ๗๙๙๕๒๕ ต่อ ๑๑	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๒.๐๐ น. และเวลา ๑๓.๐๐ น. - ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

-การรับคำขอการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์เป็นไปตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพของขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ โดยผู้ป่วยเอดส์จะต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามข้อ ๖ ได้แก่ ๑) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลหนองแสง ๒) มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

-ระยะเวลาในการยื่นคำขอการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์สามารถยื่นคำร้องได้ทั้งปี โดยทางองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสงจะแต่งตั้งพนักงานส่วนท้องถิ่นเข้าไปตรวจสภาพความเป็นอยู่ของผู้รับการสงเคราะห์ และได้รับการตรวจสอบและพิจารณาให้ได้รับการสงเคราะห์ช่วยเหลือทางองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสงจะโอนเงินสงเคราะห์ให้ในงบประมาณถัดไป

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑.ประชาสัมพันธ์การรับคำขอการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดย อบต.หนองแสง รับคำร้องตลอดทั้งปี	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
๒.ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติยื่นคำขอตามแบบฟอร์มที่กำหนด	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
๓.เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียนและตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร (ระยะเวลา ๓ นาที)	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
๔.แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ (ระยะเวลา ๑ วัน)	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
๕.นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสงอนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการ	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
๖.คณะกรรมการตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่รายงานผลให้ผู้บริหารทราบ	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ (ต่อ)	
ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๗.นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง อนุมัติ (ระยะเวลา ๔ นาที)	นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
๘.อบต.หนองแสง ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์รับ จ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
๙.ผู้ป่วยเอดส์รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ ในปีงบประมาณถัดไป (ตั้งแต่เดือนตุลาคม)	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
ระยะเวลา	
-การยื่นคำขอ ใช้ระยะเวลา ๑๐ นาทีต่อราย -คณะกรรมการตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ ใช้ระยะเวลา ๑๐ วัน	
รายการเอกสารหลักฐานประกอบ	
เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้	
๑.แบบคำขอรับการสงเคราะห์	จำนวน ๑ ชุด
๒.เอกสารหลักฐานแสดงตนของผู้ยื่นคำขอ ดังนี้	
๒.๑ กรณีผู้ยื่นคำขอด้วยตนเอง	
-สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	จำนวน ๑ ฉบับ
-สำเนาทะเบียนบ้าน	จำนวน ๑ ฉบับ
-สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ผู้ป่วยโรคเอดส์)	จำนวน ๑ ฉบับ
-ใบแสดงการตรวจโรคของแพทย์ที่ป่วยเป็นโรคเอดส์	จำนวน ๑ ฉบับ
๒.๒ กรณีบุคคลอื่นเป็นผู้ยื่นคำขอแทน	
-สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน(ผู้ป่วยโรคเอดส์)	จำนวน ๑ ฉบับ
-ใบแสดงการตรวจโรคของแพทย์ที่ป่วยเป็นโรคเอดส์	จำนวน ๑ ฉบับ
-สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้ป่วยโรคเอดส์)	จำนวน ๑ ฉบับ
-สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ผู้ป่วยโรคเอดส์)	จำนวน ๑ ฉบับ
-หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประชาชนของ ผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ	จำนวน ๑ ชุด
ค่าธรรมเนียม	
ไม่มีค่าธรรมเนียมในการบริการ	
การรับเรื่องร้องเรียน	
ถ้าหากการบริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง หมายเลขโทรศัพท์ ๐๔๓ - ๗๙๙๕๒๕ ต่อ ๑๑ และกอง สวัสดิการสังคม หมายเลขโทรศัพท์ ๐๔๓ - ๗๙๙๕๒๕ ต่อ ๑๓	

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559

ผู้ยื่นคำขอฯ ☐ แจ้งด้วยตนเอง
☐ ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ขอขึ้นทะเบียน
 ชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน
 ที่อยู่.....
 โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....
 เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.อายุ.....ปี สัญชาติ.....
 มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....
 ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ ☐

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ

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

เกี่ยวข้องโดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ อื่นๆ

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

- ☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)
 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

เรียน คณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ แล้ว

☐ เป็นผู้มิสิทธิครบถ้วน

☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลศรีดอนมูล

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

(.....)

กรรมการ

(.....)

กรรมการ

(.....)

กรรมการ

คำสั่ง

☐ รับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน

☐ อื่นๆ.....

(นายวิระศักดิ์ ทองสมบูรณ์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง

..... / /

หนังสือมอบอำนาจ

ที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร
 เลขที่ ออกให้ ณ เมื่อวันที่ อยู่บ้านเลขที่
 หมู่ที่ ตรอก / ซอย ถนน แขวง / ตำบล
 เขต / อำเภอ จังหวัด

ขอมอบอำนาจให้ ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร
 เลขที่ ออกให้ ณ เมื่อวันที่ อยู่บ้านเลขที่
 หมู่ที่ ตรอก / ซอย ถนน แขวง / ตำบล
 เขต / อำเภอ จังหวัด

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้พลัดพรากจากครอบครัว

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
 กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ พยาน
 (.....)

ลงชื่อ พยาน
 (.....)

หลักฐานประกอบของผู้รับมอบอำนาจ

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ เอกสารอื่นๆ.....

งานที่ให้บริการ	การอำนวยความสะดวกในการทำบัตรประจำตัวคนพิการ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง โทรศัพท์ : ๐๔๓ - ๗๙๙๕๒๕ ต่อ ๑๓ โทรสาร : ๐๔๓ - ๗๙๙๕๒๕ ต่อ ๑๑	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๒.๐๐ น. และเวลา ๑๓.๐๐ น. - ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

-การทำบัตรประจำตัวคนพิการเป็นอำนาจหน้าที่ของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมหาสารคาม ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ แก้ไขเพิ่มเติมถึงฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๒ ตามมาตรา ๑๘ และมาตรา ๑๙ ที่กำหนดให้คนพิการอาจยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการต่อนายทะเบียนกลางหรือนายทะเบียนจังหวัด ณ สำนักงานทะเบียนกลางสำนักงานทะเบียนจังหวัด หรือสถานที่อื่นตามที่ระเบียบกำหนด

การยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ การออกบัตร การกำหนดเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการ การกำหนดสิทธิหรือการเปลี่ยนแปลงสิทธิ การสละสิทธิของคนพิการและอายุบัตรประจำตัวคนพิการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

-กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง ได้อำนวยความสะดวกในการทำบัตรประจำตัวคนพิการ เนื่องจากต้องการให้ประชาชนและผู้รับบริการได้รับความสะดวก สบาย ไม่ต้องเดินทางไปทำบัตรประจำตัวคนพิการด้วยตนเองที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมหาสารคาม แต่ถ้าคนพิการรายใดต้องการไปทำด้วยตนเองก็สามารถไปดำเนินการเองได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมหาสารคาม ในวันและเวลาราชการ

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
-กรณี อบต.หนองแสงอำนวยความสะดวกฯ ๑. ประชาสัมพันธ์การอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนในการทำบัตรประจำตัวคนพิการภายในตำบลหนองแสง	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ (ต่อ)	
ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๒.คนพิการหรือผู้แทนคนพิการกรอกคำขอ มีบัตรประจำตัวคนพิการพร้อมแนบเอกสาร (ระยะเวลา ๕ นาที)	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนหนองแสง
๓.เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของ เอกสาร (ระยะเวลา ๒ นาที)	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
๔.เจ้าหน้าที่ทำหนังสือราชการเพื่อประสาน ไปยังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์จังหวัดมหาสารคาม (ระยะเวลา ๒ วัน)	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
๕.สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์จังหวัดมหาสารคามจัดทำบัตรประจำตัว คนพิการและจัดส่งให้องค์การบริหาร ส่วนตำบลหนองแสง (ระยะเวลา ๑๐ วัน)	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนหนองแสง
๖.กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ นำบัตรประจำตัวคนพิการไปมอบให้กับผู้ พิการ/ผู้ดูแลคนพิการ	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
<u>-กรณีไปดำเนินการด้วยตนเอง</u>	
๑.คนพิการหรือผู้แทนคนพิการกรอกคำขอ มีบัตรประจำตัวคนพิการพร้อมแนบเอกสาร	สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์จังหวัดมหาสารคาม
๒.เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของ เอกสาร	สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์จังหวัดมหาสารคาม
๓.เจ้าหน้าที่จัดทำบัตรประจำตัวคนพิการ ให้แก่ผู้ยื่นคำขอ	สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์จังหวัดมหาสารคาม
๔.คนพิการหรือผู้แทนคนพิการรับบัตร ประจำตัวคนพิการ	สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์จังหวัดมหาสารคาม
ระยะเวลา	
-กรณี อบต.หนองแสง อำนวยความสะดวกแก่ผู้พิการ ใช้ระยะเวลา ๑๒-๑๓ วัน -กรณีไปดำเนินการด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลา ๑ วัน (ต้องเดินทางไปยังสำนักงาน (สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์จังหวัดมหาสารคาม))	
รายการเอกสารหลักฐานประกอบ	
เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้	
๑.แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ	จำนวน ๑ ชุด

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ (ต่อ)	
๒.เอกสารหลักฐานแสดงตนของผู้ยื่นคำขอ ดังนี้	
๒.๑ กรณี อบต.หนองแสง อำนวยความสะดวกแก่ผู้พิการ	
-สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (คนพิการ)	จำนวน ๑ ฉบับ
-สำเนาทะเบียนบ้าน (คนพิการ)	จำนวน ๑ ฉบับ
-เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยผู้ประกอบวิชาชีพ เวชกรรของสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลเอกชนที่ ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ แห่งชาติ ประกาศกำหนด	จำนวน ๑ ฉบับ
-รูปถ่ายคนพิการขนาด ๑ นิ้ว	จำนวน ๒ รูป
-สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้ดูแล)	จำนวน ๑ ฉบับ
-สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ผู้ดูแล)	จำนวน ๑ ฉบับ
-หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ ฯ	จำนวน ๑ ฉบับ
๒.๒ กรณีไปดำเนินการด้วยตนเอง	
-สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (คนพิการ)	จำนวน ๑ ฉบับ
-สำเนาทะเบียนบ้าน (คนพิการ)	จำนวน ๑ ฉบับ
-เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยผู้ประกอบวิชาชีพ เวชกรรของสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลเอกชนที่ ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ แห่งชาติ ประกาศกำหนด	จำนวน ๑ ฉบับ
-สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้ดูแล)	จำนวน ๑ ฉบับ
-สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ผู้ดูแล)	จำนวน ๑ ฉบับ
-หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ ฯ	จำนวน ๑ ฉบับ
ค่าธรรมเนียม	
ไม่มีค่าธรรมเนียมในการบริการ	
การรับเรื่องร้องเรียน	
ถ้าหากการบริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง หมายเลขโทรศัพท์ ๐๔๓ - ๗๙๙๕๒๕ ต่อ ๑๑ และกอง สวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๔๓ - ๗๙๙๕๒๕ ต่อ ๑๓ เฉพาะกรณีที่ อำนวยความสะดวกในการทำบัตรประจำตัวคนพิการ ไม่รวมกรณีผู้พิการหรือผู้ดูแลคนพิการไป ดำเนินการด้วยตนเอง	

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ



แบบคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ

ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐

และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖

เพื่อประโยชน์ของการได้รับสิทธิและสวัสดิการตามกฎหมาย
รวมถึงผลประโยชน์อื่นใด กรุณาให้ข้อมูล ข้อเท็จจริง ที่ถูกต้องและครบถ้วน



สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

รายละเอียดประกอบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปคนพิการ
ขนาด ๓ นิ้ว
อายุไม่เกิน ๖ เดือน

หน่วยงานรับคำขอ.....
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

๑. การขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

☐ ขอมีบัตรครั้งแรก

☐ ขอมีบัตรใหม่เนื่องจาก ☐ บัตรเดิมหมดอายุ ☐ ขำรุค

☐ สูญหาย ☐ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ

☐ ขอมีบัตรตลอดชีพ ☐ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ ☐ มีความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์

๒. เอกสารหลักฐานที่ใช้ในการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ ดังนี้

๒.๑ เอกสารของคนพิการ

☐ (๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาสูติบัตร หรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้

☐ (๒) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

☐ (๓) รูปถ่ายคนพิการขนาด ๓ นิ้ว ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๒ รูป (ในกรณีที่คนพิการไม่ได้มายื่นคำขอด้วยตนเอง)

☐ (๔) เอกสารรับรองความพิการซึ่งรับรองโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลเอกชนที่ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ประกาศกำหนด

☐ (๕) รูปถ่ายสภาพความพิการ กรณีคนพิการมีสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอพิจารณาสภาพความพิการ และถ่ายภาพสภาพความพิการไว้เป็นหลักฐาน โดยไม่ต้องมีเอกสารรับรองความพิการ

☐ (๖) กรณีคนพิการไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน แต่มีหลักฐานตามทะเบียนบ้านว่ามีสัญชาติไทยและมีเลขบัตรประจำตัวประชาชน ให้เจ้าหน้าที่รับคำขอบันทึกปากคำเจ้าบ้านหรือพยานบุคคล เพื่อยืนยันว่าเป็นบุคคลเดียวกับบุคคลที่มีชื่อตามทะเบียนบ้าน

๒.๒ เอกสารของผู้ดูแล

☐ (๗) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้

☐ (๘) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

☐ (๙) หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ โดยข้าราชการ หรือลูกจ้างประจำ หรือพนักงานราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือสมาชิกสภาท้องถิ่น หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือประธานชุมชน รับรองว่าบุคคลนั้นเป็นผู้ดูแลจริง โดยแนบสำเนาบัตรประจำตัวที่ทางราชการออกให้ไว้เป็นหลักฐานการรับรองด้วย

๒

แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

๓.๑๐ อาชีพ

- ☐ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ (เนื่องจากพิการมากช่วยเหลือตนเองไม่ได้)
- ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....
- ☐ ประกอบอาชีพ (ระบุ)
- ☐ เกษตรกรรม ระบุ.....
- ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....
- ☐ ลูกจ้างเอกชน ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....
- ☐ รับจ้างทั่วไป ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....
- ☐ ผู้ประกอบกิจการส่วนตัว/อาชีพอิสระ ระบุ.....
- ☐ อาชีพอื่น ๆ (ระบุ)

๓.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ

- ☐ ไม่มีรายได้ ☐ มีรายได้.....บาท/เดือน

๓.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว)บาท

๓.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี) คน

๔. ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

- ๔.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ☐ มี ☐ ไม่มี (ข้ามไปทำข้อ ๕)
- ๔.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ ☐ เป็นผู้ดูแล ☐ เปลี่ยนผู้ดูแล โดยมีรายละเอียด ดังนี้
- (๑) คำนำนานาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....
- (๒) ชื่อ.....นามสกุล.....
- (๓) ☐ สัญชาติไทย เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□-□□-□□
☐ สัญชาติอื่น ๆ (ระบุ)..... เลขประจำตัวอื่น ๆ (เช่น หนังสือเดินทาง).....
- (๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ☐ บิดา/มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร/ภรรยา ☐ พี่/น้อง
☐ ปู่/ย่า/ตา/ยาย ☐ ลุง/ป้า/น้า/อา ☐ บุคคลอื่น ๆ (ระบุ).....
- (๕) ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... มือถือ.....
โทรสาร..... e-mail address.....
- (๖) รายได้ต่อเดือน ☐ ไม่มีรายได้ ☐ มีรายได้.....บาท/เดือน
- ๔.๓ ผู้ดูแลคนพิการประสงค์ที่จะให้มีการสนับสนุนจากรัฐในเรื่องใด (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)
- ☐ การส่งเสริมการประกอบอาชีพ ☐ การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนพิการ
- ☐ การลดหย่อนภาษี ☐ การจัดให้มีผู้ช่วยเหลือ/บุคลากรที่เกี่ยวข้องสนับสนุนบางเวลา
- ☐ การช่วยเหลือสวัสดิการอื่น ๆ ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕. คนพิการมีความต้องการที่จะได้รับสิทธิในเรื่องใดต่อไปนี้

๕.๑ การบริการด้านแพทย์และสาธารณสุข

- ☐ ไม่ต้องการรับบริการ ☐ ได้รับบริการแล้ว (ระบุ).....
- ☐ ยังไม่ได้รับบริการ และต้องการรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ คำตอบ)
- ☐ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ☐ ค่ารักษาพยาบาล
- ☐ กายอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการหรือสื่อส่งเสริมพัฒนาการ ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕.๒ การบริการด้านการศึกษาสำหรับคนพิการ

- ☐ ไม่ต้องการรับบริการ ☐ ได้รับบริการแล้ว ระบุ.....
- ☐ ยังไม่ได้รับบริการ และต้องการรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ คำตอบ)
- ☐ จัดหาสถานศึกษาให้เข้าเรียน ☐ สนับสนุนทุนการศึกษา
- ☐ สนับสนุนอุปกรณ์ทางการศึกษาหรือสื่อทางเลือกอื่น ๆ ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕.๓ การบริการด้านประกอบอาชีพและการมีงานทำ

- ☐ ไม่ต้องการรับบริการ ☐ ได้รับบริการแล้ว (ระบุ).....
- ☐ ยังไม่ได้รับบริการ และต้องการรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ คำตอบ)
- ☐ การฝึกอบรมวิชาชีพ ☐ การประกอบอาชีพอิสระ
- ☐ การจัดหางานในสถานประกอบการเอกชน ☐ การจัดหางานในหน่วยงานของรัฐ
- ☐ การสนับสนุนทุนประกอบอาชีพ ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕.๔ การได้รับสวัสดิการสังคมจากรัฐ

- ☐ ไม่ต้องการรับบริการ ☐ ได้รับบริการแล้ว (ระบุ).....
- ☐ ยังไม่ได้รับบริการ และต้องการรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ คำตอบ)
- ☐ การจัดให้มีผู้ช่วยคนพิการ ☐ การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวก
- ☐ สวัสดิการเบี้ยความพิการ ☐ การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย
- ☐ การให้บริการล่ามภาษามือ ☐ การลดหย่อนภาษี/ค่าบริการจากรายได้
- ☐ การส่งเสริมการอุปการะเลี้ยงดู ☐ การสนับสนุนความเข้มแข็งขององค์กรด้านคนพิการ
- ☐ การสนับสนุนสามล้อยก ☐ เทคโนโลยีสารสนเทศ การสื่อสาร และโทรคมนาคม
- ☐ หรือรถเข็นสำหรับคนพิการ
- ☐ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกีฬา นันทนาการ ☐ การกู้ยืมเงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
- ☐ การร้องขอให้มีการจัดการเลือกปฏิบัติและช่วยเหลือทางกฎหมาย ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕.๕ สภาพความเดือดร้อนของคนพิการ (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

- ☐ ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร ☐ ไม่มีที่อยู่อาศัย ☐ ไม่มีงานทำ ☐ ไม่มีรายได้
- ☐ ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ ☐ ไม่มีโอกาสเรียนหนังสือ ☐ ไม่ได้รับการฝึกอาชีพ
- ☐ ไม่มีเงินทุนประกอบอาชีพ ☐ มีรายได้ไม่พอแก่การครองชีพ ☐ ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู
- ☐ ครอบครัวหรือผู้อุปการะมีฐานะยากจน ☐ ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ☐ มีความลำบากเมื่อออกนอกบ้าน เช่น การเดินทางบนท้องถนน หรือไปติดต่อสถานที่ราชการ
- ☐ ถูกกีดกันไม่ให้มีโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม ☐ เรื่องอื่น ๆ (ระบุ).....

แบบคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ | ๕

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผย
ข้อมูลส่วนบุคคลของพนักงานและผู้ดูแลคนพิการ เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้ยื่นคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการครบถ้วน และเห็นควรให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการได้

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

- ☐ อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ ตามแบบคำขอมีบัตรฯ
☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....
☐ ความเห็นอื่น ๆ

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

แบบและรายละเอียดของสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์

สถานที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

ได้ประเมิน ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว

เลขประจำตัวประชาชน ---

พบว่า มีความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ ตามประกาศสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ เรื่อง แบบและรายละเอียดของสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ พร้อมทั้งได้แนบภาพถ่ายมาด้วย ดังนี้

๑. ประเภทความพิการทางการเห็น

- ☐ ไม่มีลูกตาทั้งสองข้าง
- ☐ ไม่มีลูกตาดำทั้งสองข้าง
- ☐ ลูกตาสีขาวขุ่นทั้งสองข้าง
- ☐ ลูกตาฝ่อทั้งสองข้าง

๒. ประเภทความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย

- ☐ ไม่มีหูทั้งสองข้าง

๓. ประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

- ☐ แขนขาตั้งแต่ระดับข้อมือขึ้นไป อย่างน้อยหนึ่งข้าง
- ☐ ขาขาตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นไป อย่างน้อยหนึ่งข้าง

การเกิดความพิการ

- ☐ ตั้งแต่เกิด
- ☐ ภายหลัง จำนวน.....ปีเดือน

สาเหตุของความพิการ

- ☐ กรรมพันธุ์
- ☐ โรคติดเชื้อ
- ☐ อุบัติเหตุ
- ☐ โรคอื่น ๆ ระบุ.....
- ☐ ไม่ทราบสาเหตุ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

งานที่ให้บริการ	การขอข้อมูลข่าวสารของทางราชการ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง โทรศัพท์ : ๐๔๓ - ๗๙๙๕๒๕ ต่อ ๑๓ โทรสาร : ๐๔๓ - ๗๙๙๕๒๕ ต่อ ๑๑	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๒.๐๐ น. และเวลา ๑๓.๐๐ น. - ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

การขอข้อมูลข่าวสารของทางราชการ เป็นอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานราชการที่จะต้องให้บริการข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนที่สามารถเปิดเผยข้อมูลได้ ตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ.๒๕๔๐ ตามมาตรา ๙ ที่กำหนดให้หน่วยงานของรัฐต้องจัดให้มีข้อมูลข่าวสารของทางราชการอย่างน้อยดังต่อไปนี้ให้ประชาชนเข้าตรวจดูได้ ได้แก่ ๑) ผลการพิจารณาหรือคำวินิจฉัยที่มีผลโดยตรงต่อเอกชน รวมทั้งความเห็นแย้งและคำสั่งที่เกี่ยวข้องในการพิจารณาวินิจฉัยดังกล่าว ๒) นโยบายหรือการตีความที่ไม่เข้าข่ายต้องลงพิมพ์ในราชกิจจานุเบกษา ตามมาตรา ๗(๔) ๓) แผนงาน โครงการ และงบประมาณรายจ่ายประจำปีของปีที่กำลังดำเนินการ ๔) คู่มือหรือคำสั่งเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ของรัฐ ซึ่งมีผลกระทบถึงสิทธิหน้าที่ของเอกชน ๕) สิ่งพิมพ์ที่ได้มีกาอ้างอิงตามมาตรา ๗ วรรคสอง ๖) สัญญาสัมปทาน สัญญาที่มีลักษณะเป็นการผูกขาด ตัดตอนหรือสัญญาร่วมทุนกับเอกชนในการจัดทำบริการสาธารณะ ๗) มติคณะรัฐมนตรี หรือมติคณะกรรมการที่แต่งตั้งโดยกฎหมาย หรือโดยมติคณะรัฐมนตรี ทั้งนี้ให้ระบุรายชื่อทางวิชาการ รายงานข้อเท็จจริงหรือข้อมูลข่าวสารที่นำมาใช้ในการพิจารณาไว้ด้วย ๘) ข้อมูลข่าวสารอื่นตามที่คณะกรรมการกำหนด

ข้อมูลข่าวสารที่จัดให้ประชาชนเข้าตรวจดูได้ตามวรรคหนึ่ง ถ้ามีส่วนหนึ่งที่ต้องห้ามมิให้เปิดเผยตามมาตรา ๑๔ หรือมาตรา ๑๕ อยู่ด้วย ให้ลบหรือตัดทอนหรือกระทำโดยประการอื่นใดที่ไม่เป็นการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารนั้น

บุคคลไม่ว่าจะมีส่วนได้เสียเกี่ยวข้องหรือไม่ก็ตาม ย่อมมีสิทธิเข้าตรวจดู ขอสำเนาหรือขอสำเนาที่มีคำรับรองถูกต้องของข้อมูลข่าวสารตามวรรคหนึ่งได้ ในกรณีที่สมควรหน่วยงานของรัฐ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ จะวางหลักเกณฑ์เรียกค่าธรรมเนียมในการนั้นก็ได้ ในการนี้ให้คำนึงถึงการช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยประกอบด้วย ทั้งนี้เว้นแต่จะมีกฎหมายเฉพาะบัญญัติไว้เป็นอย่างอื่น

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ	
ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑.ผู้ยื่นคำร้องกรอกข้อมูลคำร้องขอข้อมูลข่าวสารของทางราชการพร้อมแนบเอกสาร (ระยะเวลา ๕ นาที)	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
๒.เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร (ระยะเวลา ๒ นาที)	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
๓.เสนอผู้บริหารเพื่อพิจารณาอนุมัติ (ระยะเวลา ๖ นาที)	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
๔.เจ้าหน้าที่จัดหาข้อมูลข่าวสารของทางราชการ (ระยะเวลา ๑๗ นาที)	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
๕.ผู้ยื่นคำขอได้รับข้อมูลข่าวสารตามที่ยื่นคำร้องขอ	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
ระยะเวลา	
ใช้ระยะเวลา ๓๐ นาทีต่อราย	
รายการเอกสารหลักฐานประกอบ	
เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้	
๑.คำร้องขอข้อมูลข่าวสารของทางราชการ	จำนวน ๑ ฉบับ
๒.เอกสารหลักฐานแสดงตนของผู้ยื่นคำขอ ดังนี้	
-สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	จำนวน ๑ ฉบับ
-สำเนาทะเบียนบ้าน	จำนวน ๑ ฉบับ
ค่าธรรมเนียม	
ทางกองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์จะคิดค่าถ่ายเอกสาร ฉบับละ ๑ บาท	
การรับเรื่องร้องเรียน	
ถ้าหากการบริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง หมายเลขโทรศัพท์ ๐๔๓-๗๙๙๕๒๕ ต่อ ๑๑ และกองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๔๓-๗๙๙๕๒๕ ต่อ ๑๓	

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำร้องขอข้อมูลข่าวสารของทางราชการ

แบบคำร้องขอข้อมูลข่าวสารของทางราชการ

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

เขียนที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

บัตรประจำตัวประชาชน.....เลขที่.....อยู่บ้านเลขที่ / สถานที่ทำงาน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ประสงค์

☐ ขอเอกสาร / ข้อมูล

☐ ขอตรวจสอบข้อมูลข่าวสารเรื่อง

1.....

2.....

3.....

4.....

เพื่อนำไป.....

ทั้งนี้ข้าพเจ้ายินยอมจ่ายค่าธรรมเนียมตามประกาศคณะกรรมการข้อมูลข่าวสารของทางราชการกำหนด

(ลงชื่อ).....ผู้ขอ

(.....)

(สำหรับเจ้าหน้าที่) ได้ดำเนินการ ☐ ให้ข้อมูล / เอกสารที่ผู้ขอต้องการแล้ว ☐ ให้เข้าตรวจสอบข้อมูล / เอกสารแล้ว ☐ นัดมารับเอกสารวันที่..... ☐ เปิดเผยได้เฉพาะบางส่วน ☐ ไม่สามารถเปิดเผยได้ เพราะ..... ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับเรื่อง เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง เพื่อโปรดดูแลเรื่องข้อมูล / เอกสารตามที่ขอข้างต้นด้วย (ลงชื่อ)..... (.....) ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง (ลงชื่อ)..... (.....) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง	เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง ได้พิจารณาจัดทำข้อมูล / เอกสารข้อมูลแล้ว - เห็นควรอนุมัติ ลงชื่อ..... (.....) สำหรับผู้ขอ ข้าพเจ้า ☐ ได้รับการติดตามที่ขอเรียบร้อยแล้ว ☐ ได้ชำระเงินค่าทำสำเนาเอกสาร.....บาท ☐ ไม่ชำระเงินค่าทำสำเนา มีผู้รับรอง.....บาท ☐ ไม่ต้องชำระเงิน เพราะมีรายได้ / เป็นบริการของสำนักงานปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ลงชื่อ..... (.....)
---	--