

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 -ระยะเวลาในการยื่นคำขอลงทะเบียนจะอยู่ในช่วงเดือนพฤศจิกายนเป็นประจำทุกปี

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑. ประชาสัมพันธ์การรับลงทะเบียนผู้พิการ 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. นายกองค้การบริหารส่วนตำบลหนองแสง อนุมัติ (ระยะเวลา ๔ นาที)	นายกองค้การส่วนตำบลหนองแสง 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	
<p>ถ้าหากการบริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง หมายเลขโทรศัพท์ ๐๔๓ - ๗๙๙๕๒๕ ต่อ ๑๑ และกอง สวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๔๓ - ๗๙๙๕๒๕ ต่อ ๑๓</p>	

- ๒ -

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□ แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีความประพฤติไม่เรียบร้อย เนื่องจาก</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ)</p> <p>(.....)</p> <p>เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายก เทศมนตรี/อบต.</p> <p>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)</p> <p>(.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)</p> <p>(.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)</p> <p>(.....)</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ)</p> <p>นายก เทศมนตรี/นายก อบต.</p> <p>วัน/เดือน/ปี</p>	

ติดตามรอยประให้ตนพิจารณาที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเกินไว้

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยจะได้รับเงิน
เบี้ยความพิการตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๘ ถึง เดือนกันยายน ๒๕๕๙ ในอัตราเดือนละ ๕๐๐ บาท ภายในวันที่ ๓๐ ของทุกเดือน
กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น (ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๕๘ ถึง วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๘) จะต้องไปลงทะเบียน
ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๘ ทั้งนี้เพื่อเป็นการ
รักษาสีทให้ต่อเนื่อง

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.....

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

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)