คู่มือการขอรับบริการ
สำหรับผู้รับบริการหรือผู้มาติดต่อกับองค์การบริหารส่วนตำบลทับตีเหล็ก
งาน : การขึ้นทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ

อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

โทร. 035-969-929

Thaptilek.sp38@gmail.com

คำนำ

พระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๕๘ ตามมาตรา ๗ ได้กำหนดให้ “ในกรณีที่มีกฎหมายกำหนดให้การกระทำใดจะต้องได้รับอนุญาต ผู้อนุญาตจะต้องจัดทำคู่มือสำหรับประชาชน ซึ่งอย่างน้อยจะต้องประกอบด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ ขั้นตอน และระยะเวลาในการพิจารณาอนุญาต และรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ผู้ขออนุญาตจะต้องยื่นมาพร้อมกับ คำขอ...” โดยมีเป้าหมาย เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชน ลดต้นทุนของประชาชน และเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการของภาครัฐ สร้างให้เกิดความโปร่งใสในการปฏิบัติราชการ ลดการใช้ดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่ เปิดเผยขั้นตอนระยะเวลาให้ประชาชนทราบ

องค์การบริหารส่วนตำบลทับตีเหล็ก จึงได้จัดทำ “คู่มือการขอรับบริการสำหรับผู้รับบริการหรือผู้มาติดต่อกับองค์การบริหารส่วนตำบลทับตีเหล็ก งาน : การขึ้นทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ” ขึ้น เพื่อให้ประชาชน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการ และในการติดต่อขอรับบริการกับหน่วยงานองค์การบริหารส่วนตำบลทับตีเหล็ก

องค์การบริหารส่วนตำบลทับตีเหล็ก

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ชื่องาน	๑
ช่องทางให้บริการ	๑
หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการรับบริการ	๒
วิธีการขั้นตอนการขอรับบริการและระยะเวลาที่ใช้ในการขอรับบริการ	๓
รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอรับบริการ	๔
ค่าธรรมเนียม	๕
การรับเรื่องร้องเรียน	๖
กฎหมายที่เกี่ยวข้อง	๗
ตัวอย่างแบบฟอร์ม	๘ - ๑๐

คู่มือการขอรับบริการสำหรับผู้รับบริการหรือผู้มาติดต่อกับองค์การบริหารส่วนตำบลทับตีเหล็ก งาน : การขึ้นทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ	
ชื่องาน	การขึ้นทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ
ส่วนงานที่รับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลทับตีเหล็ก ตำบลทับตีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

ขอบเขตการให้บริการ	
ช่องทางให้บริการ/สถานที่ให้บริการ	**ระยะเวลาเปิดให้บริการ**
กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลทับตีเหล็ก ตำบลทับตีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี	เปิดให้บริการ วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. **(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)**

ช่องทางการติดต่อ
เบอร์โทรศัพท์ ๐๓๕ - ๙๖๙๙๒๙ FACEBOOK องค์การบริหารส่วนตำบลทับตีเหล็ก https://www.facebook.com/share/๑as๖nzuiKN/?mibextid=wwXIfr

E-SERVICE		ONE STOP SERVICE	
ช่องทาง	**ส่วนงานที่รับผิดชอบ**	**สถานที่ตั้ง**	**ส่วนงานที่รับผิดชอบ**
-	-	องค์การบริหาร ส่วนตำบลทับตีเหล็ก ตำบลทับตีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี	กองสวัสดิการสังคม

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการรับบริการ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ กำหนดให้ภายในเดือนพฤศจิกายนของทุกปีให้คนพิการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเงินเบี้ยความพิการ ในปีงบประมาณถัดไป ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา หรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

หลักเกณฑ์

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

๑. มีสัญชาติไทย

๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามตามทะเบียนบ้าน

๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการคุณภาพชีวิตคนพิการ

๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการโดยรับเงินสดด้วยตนเอง หรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี

ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบ คนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว

วิธีการ

๑. คนพิการที่จะมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไป ให้คนพิการ หรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ สถานที่และภายในระยะเวลา ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศกำหนด

๒. กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณที่ผ่านมา ให้ถือว่าเป็นผู้ได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้แล้ว

๓. กรณีคนพิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการได้ย้ายที่อยู่ และยังประสงค์จะรับเงินเบี้ยความพิการต้องไปแจ้งต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป

วิธีการขั้นตอนการขอรับบริการและระยะเวลาที่ใช้ในการขอรับบริการ					
ลำดับ	**ประเภทขั้นตอน**	**วิธีการขั้นตอนการขอรับบริการ**	**ระยะเวลาที่ใช้ในการขอรับบริการ**	**ส่วนงานที่รับผิดชอบ**	**หมายเหตุ**
๑	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยความพิการ ในปีงบประมาณถัดไป หรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ พร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ	๑๐ นาที	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลทับตีเหล็ก	
๒	การพิจารณา	ออกใบรับลงทะเบียนตามแบบยื่นคำขอลงทะเบียนให้ผู้ขอลงทะเบียน	๑๐ นาที	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลทับตีเหล็ก	

รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอรับบริการ					
ลำดับ	**รายการเอกสาร**	**จำนวนเอกสารฉบับจริง**	**จำนวนเอกสารสำเนา**	**หน่วยนับเอกสาร**	**หมายเหตุ**
๑	บัตรประจำตัวคนพิการ ตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ พร้อมสำเนา	๑	๑	ชุด	-
๒	ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา	๑	๑	ชุด	-
๓	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการผ่านธนาคาร)	๑	๑	ชุด	-
๔	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนาของผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี (กรณียื่นคำขอแทน)	๑	๑	ชุด	-
๕	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี (กรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบธรรม คนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณีการยื่นคำขอแทนต้องแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว)	๑	๑	ชุด	-

ค่าธรรมเนียม
ไม่มีค่าธรรมเนียมในการขอรับบริการ

การรับเรื่องร้องเรียน
ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ ๑. ร้องเรียนด้วยตนเองได้ที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ ณ อาคารศูนย์บริการประชาชนเบ็ดเสร็จ (one stop service) ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลทับตีเหล็ก หมู่ที่ ๓ ตำบลทับตีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ๒. แจ้งเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ ทางโทรศัพท์ ที่หมายเลข ๐๓๕ - ๙๖๙๙๒๙ ๓. แจ้งเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ ผ่านทางเว็บไซต์ www.thaptilek.go.th ๔. ส่งทางตู้แสดงความคิดเห็นซึ่งติดตั้งไว้หน้าอาคารที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลทับตีเหล็ก ๕. ส่งทางไปรษณีย์ จ่าหน้าซองถึง นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทับตีเหล็ก ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลทับตีเหล็ก หมู่ที่ ๓ ตำบลทับตีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ๗๒๐๐๐ ๖. ทางเฟสบุ๊ค (Facebook) องค์การบริหารส่วนตำบลทับตีเหล็ก https://www.facebook.com/share/๑asъnzuiKN/?mibextid=wwXIfr

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง
ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ทะเบียนเลขที่...../๒๕.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา - มารดา ☐ บุตร ☐ สามี- ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ
ชื่อ – สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ) .....
เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ ที่อยู่ .....
..... โทรศัพท์ .....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....อบต.ทับตีเหล็ก.....
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

คำนำหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (ระบุ) .....
ชื่อ ..... นามสกุล.....
เกิดวันที่.....เดือน .....พ.ศ. ..... อายุ.....ปี สัญชาติ..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน
เลขที่ .....หมู่ที่ ..... ตรอก/ ซอย ..... ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน .....
ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....
รหัสไปรษณีย์ .....โทรศัพท์.....
หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐
ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา
☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้
☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางออทิสติก
☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ .....
บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ .....โทรศัพท์.....
ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ .....
☐ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ อื่นๆ (ระบุ) .....
☐ มีอาชีพ (ระบุ) ..... รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....(บาท)
☐ มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ .....
มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยวิธีดังต่อไปนี้ **(เลือก ๑ วิธี)**
☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล
ธนาคาร ..... สาขา ..... เลขที่บัญชี ☐☐☐-☐-☐☐☐☐☐-☐
พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้
☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาบัตรประชาชน ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ ..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ แล้ว ☐ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก .... (ลงชื่อ) ..... (ว่าที่ร้อยโทโยธิน อิ่มหิรัญ) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	เรียน นายก เทศมนตรี/อบต. .....ทับตีเหล็ก..... คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) ..... (นางสาวชินานาฏ วงศ์ทวีทรัพย์) กรรมการ (ลงชื่อ) ..... (นายณรงค์ชัย พงศ์ศรีเพียร) กรรมการ (ลงชื่อ) ..... (นายปิยะ เจนสมุทร)
คำสั่ง ☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่น ๆ..... ..... (ลงชื่อ) ..... นายก เทศมนตรี/นายก อบต. ..... วัน/เดือน/ปี	

.....ตัดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการตั้งแต่เดือน ..... พ.ศ. ..... ในอัตราเดือนละ ..... บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน **กรณีคนพิการย้ายที่อยู่ไปอยู่ที่อื่นในระหว่างปีงบประมาณ จะต้องไปยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนนั้นๆ เพื่อรักษาสิทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนนั้นๆ**

หนังสือมอบอำนาจยื่นรับเงินเบี้ยความพิการ

ที่ .....

วันที่ ..... เดือน .....พ.ศ. .....

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

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

เป็นผู้มีอำนาจ รับเงินเบี้ยความพิการ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ “ทั้งในขณะมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ..... ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน
(.....)