



คู่มือ

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย
ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการ
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓

คำนำ

ตาม ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการของ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ กำหนดให้คนพิการที่ได้จดทะเบียนคนพิการ ตามกฎหมายว่าด้วยการ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองต่อองค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่น ที่ตนมีภูมิลำเนา ณ ที่ทำการองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสถานที่ที่องค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่นกำหนด และมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป โดยมีหลักฐานพร้อมสำเนาที่ผู้ขอรับเงิน เบี้ยความพิการ ลงลายมือชื่อรับรองความถูกต้อง

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการเกี่ยวกับการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการเป็นไป ในแนวทางเดียวกัน เกิดประโยชน์ต่อการปฏิบัติราชการและอำนวยความสะดวกต่อประชาชน และเจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงาน จึงได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานเรื่องการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยได้รวบรวมแนวทางการดำเนินการเรื่องการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ทั้งนี้เพื่อการ จัดการลงทะเบียน และยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามภารกิจของเทศบาล

สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลนาจะหลวย

สารบัญ

| เรื่อง | หน้า |
|---|-------|
| หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต | ๑ |
| ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ | ๒ |
| รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอสถานที่ตั้ง | ๓ |
| เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติมหน้าที่ความรับผิดชอบ | ๔ |
| ค่าธรรมเนียม | ๔ |
| ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก | ๔ |
| ภาคผนวก | ๕ |
| แบบคำขอมัติบัตรประจำตัวคนพิการ | ๖ - ๗ |

คู่มือสำหรับประชาชน: การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: เทศบาลตำบลนาจะหลวย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี

กระทรวง: กระทรวงมหาดไทย

1. ชื่อกระบวนการ: การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: เทศบาลตำบลนาจะหลวย
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: ขึ้นทะเบียน
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - 1) ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2553
6. พื้นที่ให้บริการ: ท้องถิ่น
7. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ
8. ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ เทศบาลตำบลนาจะหลวย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี
 โทร ๐๔๕ ๙๕๓๓๐๙ ระยะเวลาให้บริการ เปิดให้บริการ วันจันทร์-ศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น.
 (มีพักเที่ยง) (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

| E-service | | One Stop Service | |
|-----------|---------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| ช่องทาง | ส่วนงานที่รับผิดชอบ | สถานที่ตั้ง | ส่วนงานที่รับผิดชอบ |
| - | - | สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลนาจะหลวย | งานพัฒนาชุมชนและ สวัสดิการ |

9. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553 กำหนดให้คนพิการที่ได้จดทะเบียนคนพิการ ตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ตนมีภูมิลำเนา ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด และมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป โดยมีหลักฐานพร้อมสำเนาที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ปลายทางมือชื่อรับรองความถูกต้อง

หลักเกณฑ์ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

1. มีสัญชาติไทย
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลนาจะหลวยตามทะเบียนบ้าน
3. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการคุณภาพชีวิตคนพิการ
4. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการโดยรับเงินสดด้วยตนเองหรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี

ในกรณีที่คนพิการไม่สามารถยื่นคำขอได้ ด้วยตนเองเนื่องจากเป็นผู้เยาว์ คนเสมือน ไร้ความสามารถ หรือคนไร้ความสามารถ หรือในกรณีที่คนพิการมีสภาพความพิการถึงขั้นไม่สามารถ ไปยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการด้วยตนเองได้ ได้ บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา ญาติ พี่น้อง หรือ บุคคลอื่นใดที่รับดูแลหรืออุปการะคนพิการยื่นคำขอนั้นแทนก็ได้ แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการ ไปแสดงต่อข้าราชการส่วนท้องถิ่นด้วย

วิธีการ

1. คนพิการที่จะมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ ให้คนพิการ หรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อเทศบาลตำบลนาจะหลวย ณ สถานที่และภายในระยะเวลา ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศกำหนด
2. กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการจากเทศบาลตำบลนาจะหลวยในปีงบประมาณที่ผ่านมาให้ ถือว่าเป็นผู้ได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้แล้ว
3. กรณีคนพิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการได้ย้ายที่อยู่ และยังคงประสงค์ประสงค์จะรับเงินเบี้ยความพิการต้องไปแจ้งต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป

10. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

10.1 ระยะเวลาดำเนินการรวม 30 นาที

| ลำดับ | ประเภทขั้นตอน | รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลาให้บริการ | ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ | หมายเหตุ |
|-------|------------------|--|-------------------|--------------------------------|----------|
| 1) | การตรวจสอบเอกสาร | ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเงินเบี้ยความพิการหรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องหลักฐานประกอบ | 20 นาที | สำนัก ปลัดเทศบาล | |
| 2) | การพิจารณา | ออกใบรับลงทะเบียนตามแบบยื่นคำขอลงทะเบียนให้ผู้ลงทะเบียน | 10 นาที | สำนัก ปลัดเทศบาล | |

11. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

11.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

| ลำดับ | รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน | หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร | จำนวนเอกสารฉบับจริง | จำนวนเอกสารสำเนา | หน่วยนับเอกสาร | หมายเหตุ |
|-------|--|----------------------------|---------------------|------------------|----------------|----------|
| 1) | บัตรประจำตัวคนพิการ ตามกฎหมายว่าด้วย การส่งเสริมการคุณภาพ ชีวิตคนพิการพร้อมสำเนา | สำนัก ปลัดเทศบาล | 1 | 1 | ชุด | - |
| 2) | ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา | สำนัก ปลัดเทศบาล | 1 | 1 | ชุด | - |
| 3) | สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ย ความพิการประสงค์ขอรับ เงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่าน ธนาคาร) | สำนัก ปลัดเทศบาล | 1 | 1 | ชุด | - |
| 4) | บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดย หน่วยงานของรัฐที่มีรูป ถ่ายพร้อมสำเนาของผู้ดูแล คนพิการผู้แทนโดยชอบ ธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี (กรณียื่นคำขอแทน) | สำนัก ปลัดเทศบาล | 1 | 1 | ชุด | - |
| 5) | สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ออมสิน (สาขานาจะ หลาย) พร้อมสำเนาของผู้ดูแลคน พิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี | สำนัก ปลัดเทศบาล | 1 | 1 | ชุด | - |

| ลำดับ | รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน | หน่วยงานภาค รัฐผู้ออกเอกสาร | จำนวนเอกสาร ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร สำเนา | หน่วยนับ เอกสาร | หมายเหตุ |
|-------|---|--------------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------|----------|
| | (กรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์) ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบคนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาลแล้วแต่กรณีการยื่นคำขอแทนต้องแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว) | | | | | |

12. เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

| ลำดับ | รายการเอกสารยื่น เพิ่มเติม | หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร | จำนวนเอกสาร ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร สำเนา | หน่วยนับ เอกสาร | หมายเหตุ |
|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------|----------|
| ไม่มีเอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม | | | | | | |

13. ค่าธรรมเนียม

| ลำดับ | รายละเอียดค่าธรรมเนียม | ค่าธรรมเนียม (บาท/ร้อยละ) |
|-------|------------------------|---------------------------|
| | ไม่มีค่าธรรมเนียม | |

14. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

| ลำดับ | ชื่อแบบฟอร์ม |
|-------|------------------------------|
| 1) | แบบคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ |

ภาคผนวก



แบบคำขอมิ้บัตรประจำตัวคนพิการ

รูปถ่าย
คนพิการ

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

- ขอมิ้บัตรครั้งแรก
- ขอมิ้บัตรเนื่องจาก
- บัตรเดิมหมดอายุ ชำรุด
- สูญหาย มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ
- อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

- ๑.๑ คำนำนาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่น ๆ (ระบุ)
- ๑.๒ ชื่อ..... นามสกุล.....
- ๑.๓ เกิดเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.
- ๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน
- ๑.๕ ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่น ๆ (ระบุ)
- ๑.๖ สถานภาพสมรส โสด สมรสอยู่ด้วยกัน หม้าย
- ๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....
- ๑.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....
- ๑.๙ การศึกษา
- ไม่ได้เรียน
- จบการศึกษาชั้นสูงสุด
- ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย
- ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)
- อนุปริญญา ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
- ปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
- สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
- อื่น ๆ (ระบุ)
- ๑.๑๐ อาชีพ
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....
- ประกอบอาชีพ
- เกษตรกรรม รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ลูกจ้างเอกชน
- รับจ้างทั่วไป ธุรกิจส่วนตัว อาชีพอื่น ๆ (ระบุ)
- ๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ.....บาท/เดือน
- ๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว).....บาท
- ๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี)คน

๓.๓๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

- ทางการเห็น ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
 ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ทางสติปัญญา ทางการเรียนรู้ ทางอหิวาต์

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ไม่มี มี (กรอกข้อมูลข้อ ๓.๒)

๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(๑) คำนำนาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่นๆ(ระบุ)

(๒) ชื่อ..... นามสกุล.....

(๓) เลขประจำตัวประชาชน - - - -

เลขหนังสือเดินทาง (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)

(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ บิดมารดา บุตร สามเณรภรรยา พี่น้อง
 ปู่ย่าตายาย ลูกป้าญาติ บุคคลอื่น (ระบุ).....

(๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก/ชอ..... ถนน.....

หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....

(๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล.....บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ยินยอม ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ.....

(.....)

คนพิการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน

เลขประจำตัวประชาชน - - - -

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน เห็นควร ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ความเห็นอื่น ๆ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร