**งานที่ให้บริการ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ**

**หน่วยงานที่รับผิดชอบ งานสวัสดิการและสังคม ส่วนสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลกุดค้าว**

**ขอบเขตการให้บริการ**

**ระยะเวลาเปิดให้บริการ**

**สถานที่/ ช่องทางการให้บริการ**

1.สำนักงานปลัดฯ องค์การบริหารส่วนตำบลกุดค้าว วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (1–30 พฤศจิกายน )

โทรศัพท์: 0 4384-0853 (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

โทรสาร : 0 4384-0853 ตั้งแต่เวลา 08.30 – 16.30 น.

เว็บไซต์ : [http:// www.koodkao.go.th/](http://www.kknontat.com/)

**หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ**

1.มีสัญชาติไทย

2.มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลกุดค้าว (ตามทะเบียนบ้าน)

3.มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ

4.ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

5.กรณีที่ผู้พิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ มอบอำนาจให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำร้องขอแทน แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและคนดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่

**ขั้นตอนและระยะการให้บริการ**

**หน่วยงานผู้รับผิดชอบ**

**ขั้นตอน**

1.ผู้พิการ ยื่นเอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียนผู้พิการ ส่วนสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลกุดค้าว

2.เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร,คุณสมบัติ

3.เสนอคณะผู้บริหาร

**ระยะเวลา**

ใช้ระยะเวลา ไม่เกิน 1 วัน

**รายการเอกสารหลักฐานประกอบ**

**เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้**

1.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้พิการ จำนวน 1 ชุด

2.ใบรับรองความพิการจากแพทย์ จำนวน 1 ชุด

3.รูปถ่ายผู้พิการ 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป

4.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแล จำนวน 1 ชุด

5.สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขบัญชี)

สำหรับกรณีที่ผู้ขอรับเบี้ยยังชีพคนพิการ ผ่านธนาคาร จำนวน 1 ฉบับ

**ค่าธรรมเนียม**

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

**การรับเรื่องร้องเรียน**

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลกุดค้าว โทรศัพท์: 0 4384-0853

หรือ เว็บไซต์ : [http:// www.koodkao.go.th/](http://www.kknontat.com/)

**ตัวอย่างแบบฟอร์ม**

ทะเบียนเลขที่................../................

**แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ...........**

**เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน :** ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น □ บิดา - มารดา □ บุตร □ สามี- ภรรยา □ พี่น้อง □ ผู้ดูแลคนพิการ □ อื่นๆ ..........................ลงทะเบียนชื่อ – สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....................................................................................เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

□-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่..............................................................โทรศัพท์..........................................

**ข้อมูลคนพิการ**

เขียนที่...........................................................

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

คำนำหน้านาม □ เด็กชาย □ เด็กหญิง □ นาย □ นาง □ นางสาว □ อื่นๆ (ระบุ).........................

ชื่อ............................................................นามสกุล....................................................................

เกิดวันที่....................เดือน..........................พ.ศ........................อายุ..................ปี สัญชาติ........................ มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่...............หมู่ที่.....................ตรอก/ซอย......................ถนน..........................ตำบล อำเภอ . จังหวัด รหัสไปรษณีย์.............โทรศัพท์....................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้พิการที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

**ประเภทความพิการ**  □ ความพิการทางการเห็น □ ความพิการทางสติปัญญา

□ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย □ ความพิการทางการเรียนรู้ □ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย □ ความพิการทางออทิสติก □ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม □ พิการซ้ำซ้อน □ ไม่ระบุความพิการ

**สถานภาพ**  □ โสด □ สมรส □ หม้าย □ หย่าร้าง □ แยกกันอยู่ □ อื่น ๆ...........

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

**ข้อมูลทั่วไป :** สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ

□ ยังไม่เคยได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ □ เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ............................ □ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ□ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ □ อื่นๆ (ระบุ)........

□ ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเอง□ มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ □ ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

□ มีอาชีพ (ระบุ)......................................................รายได้ต่อเดือน(ระบุ)................................บาท

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ............... โดยวิธีดังต่อไปนี้ **(เลือก 1 วิธี)**

□ รับเงินสดด้วยตนเอง □ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มิสิทธิ

□ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ □ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

 ธนาคาร.........................................................ชื่อบัญชี...........................................................เลขที่บัญชี ………………………………………………………………

**พร้อมแนบเอกสารดังนี้**

□ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ❑ สำเนาทะเบียนบ้าน

□ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

□ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯแทน)

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจาก

หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

 (ลงชื่อ)........................................................ (ลงชื่อ)........................................................

 (........................................................) (.......................................................)

 ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย √ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

-2-

|  |  |
| --- | --- |
| **ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน**เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว/…………….....................................................................................................................หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน□-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว❑ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ❑ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติเนื่องจาก............................................................................................ (ลงชื่อ)................................................. (...................................................) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน | **ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล...................... คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมีความเห็นดังนี้❑ สมควรรับลงทะเบียน ❑ ไม่สมควรรับลงทะเบียนกรรมการ (ลงชื่อ)..................................................... (........................................................)กรรมการ (ลงชื่อ)..................................................... (........................................................)กรรมการ (ลงชื่อ)....................................................  (........................................................) |
| **คำสั่ง**❑ รับลงทะเบียน ❑ ไม่รับลงทะเบียน ❑ อื่น ๆ ....................................................................................(ลงชื่อ).................................................นายกองค์การบริหารส่วนตำบล.............................วัน/เดือน/ปี............................................ |

**ตัดตามเส้นประให้คนพิการที่ขึ้นทะเบียนเก็บไว้**

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

 การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ............โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการตั้งแต่เดือนตุลาคม ........... ถึง เดือนกันยายน ............. ในอัตราเดือนละ 800 บาท **กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น(ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม ............. ถึง 30 พฤศจิกายน ........... ) จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายใน เดือนพฤศจิกายน...............** เพื่อรักษาสิทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการ

 .....................................................................

 เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน