**คู่มือสำหรับประชาชน : การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงิน เบี้ยความพิการ**

**หน่วยงานที่ให้บริการ** : เทศบาลตำบลเมืองคง อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ กระทรวงมหาดไทย

**หลักเกณฑ์ วิธีกร เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต**

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553 กำหนดได้ภายในเดือนพฤศจิกายนของทุกปีให้คนพิการ ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ในปีงบประมาณถัดไป ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ตนมีภูมิ ลำเนา หรือ สถานที่ที่ องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นกำหนด หลักเกณฑ์

ผู้มีสีทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อ ไปนี้

1. มีสัญชาติไทย

2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามทะเบียนบ้าน

3.มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการคุณภาพชีวิตคนพิการ

4.ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยรับเงินสดด้วยตนเอง หรือโอนเงินเข้าบัญชีเงิน ฝากธนาคารในนามคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้ พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี

ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบ คนเสมือนไร้ความสามารถหรือ คนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้ พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว

**วิธีการ**

1. คนพิการที่จะมีสิทธิรับเงินเบี้ย ความพิการในปีงบประมาณถัดไป ให้คนพิการ หรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณียื่นคำขอตามแบบพ้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ สถานที่และภายใน ระยะเวลา ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกาศกำหนด

2.กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ย ความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในปีงบประมาณที่ผ่านมา ให้ถือ ว่าเป็นผู้ได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้แล้ว

3. กรณีคนพิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการได้ย้ายที่อยู่ และยังประสงค์ประสงค์จะรับเงินเบี้ยความพิการต้องไปแจ้งต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป

**ช่องทางการให้บริการ**

|  |  |
| --- | --- |
| **สถานที่ให้บริการ** | **ระยะเวลาเปิดให้บริการ** |
| **สถานที่ให้บริการ**สำนักงานเทศบาลตำบลเมืองคง(กองการศึกษา) | **ระยะเวลาเปิดให้บริการ** เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วัน ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง) |

**ขั้นตอน ระเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ**

**ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 30 นาที**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ขั้นตอน** | **ระยะเวลา** | **ส่วนที่รับผิอชอบ** |
| 1. | การตรวจสอบเอกสาร ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไป หรือผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอ พร้อมเอกสารหลักฐาน และ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียน และเอกสารหลักฐาน ประกอบ (หมายเหตุ: (1. ระยะเวลา : 20 นาที (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการ จริง) 2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ เทศบาล.....(ระบุ) / องค์การ บริหารส่วนตำบล.....(ระบุ)  | 20 นาที | เทศบาลตำบลเมืองคงอำเภอราษีไศลจังหวัดศรีสะเกษ |
| 2. | การพิจารณาออกใบรับลงทะเบียน ตามแบบยื่นคำขอลงทะเบียนให้ผู้ขอ ลงทะเบียน (หมายเหตุ: (1. ระยะเวลา : 10 นาที (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการ จริง) 2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ เทศบาล.....(ระบุ) / องค์การ บริหารส่วนตำบล.....(ระบุ) | 10 นาที | เทศบาลตำบลเมืองคงอำเภอราษีไศลจังหวัดศรีสะเกษ |

**รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)** | **หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร** |
| 1. | บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วย การส่งเสริมการ คุณภาพชีวิต คนพิการพร้อมสำเนา ฉบับจริง 1 ชุด สำเนา 1 ชุด หมายเหตุ- | - |
| 2. | ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนาฉบับจริง 1 ชุด สำเนา 1 ชุด หมายเหตุ- | - |
| 3. | สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีที่ผู้ข้อรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงิน เบี้ย ยังชีพ ผู้สูงอายุผ่านธนาคาร) ฉบับจริง 1 ชุด สำเนา 1 ชุด หมายเหตุ- | - |
| 4. | บัตรประจำตัวประชำชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงำนของรัฐที่มี รูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้ พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี (กรณียื่นคำขอแทน) ฉบับจริง 1 ชุด สำเนา 1 ชุด หมายเหตุ- |  |
| 5. | สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทน โดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี (กรณีที่คนพิการ เป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบ คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือคน ไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณีการยื่นคำขอแทนต้องแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทน ดังกล่าว)ฉบับจริง 1 ชุด สำเนา 1 ชุด หมายเหตุ | - |

**ค่าธรรมเนียม**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **รายละเอียดค่าธรรมเนียม** | **ค่าธรรมเนียม(บาท/ร้อยละ)** |
| ไม่มีข้อมูลค่าธรรมเนียม |

**ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ลำดับ** | **ช่องทางการร้องเรียน/แนะนำบริการ** |
| 1. | สำนักเทศบาลตำบลเมืองคง เลขที่ 99 หมู่ที่ 10 ตำบลเมืองคง อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ (โทรศัพท์ 045-681215 ) |
| 2. | ศูนย์ดำรงธรรมอำเภอราษีไศล (โทรศัพท์ 045-682015) |
| 3. | ศูนย์บริการประชาชน สำนักรัฐมนตรี(หมายเหตุ ;(เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม 10300/สายด่วน111/www.111.go.th/ตู้ ปณ.1111 เลขที่ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม.10300)) |

**แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก**

|  |  |
| --- | --- |
| **ลำดับ** | **ชื่อแบบฟอร์ม** |
| 1. | แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ (หมายเหตุ: -) |

**หมายเหตุ-**