

## คู่มือสำหรับประชาชน: การขึ้นทะเบียนผู้พิการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : องค์การบริหารส่วนตำบลคลองประสงค์ อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่  
 กระทรวง : กระทรวงมหาดไทย

๑. ชื่อกระบวนการงาน : การขึ้นทะเบียนผู้พิการ
๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการงาน : องค์การบริหารส่วนตำบลคลองประสงค์ อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่
๓. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่ให้บริการในส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น (กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว)
๔. หมวดหมู่ของงานบริการ : จดทะเบียน
๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
  - ๑) ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2553 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๑
  - ๒) หนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๑๐.๖/ว ๓๐๙๐ ลงวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการและเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการของ อปท. และชักชวนแนวทางการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการและเบี้ยความพิการตามโครงการบูรณาการฐานข้อมูลสวัสดิการสังคม (e-payment) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔
๖. ระดับผลกระทบ : บริการที่มีความสำคัญด้านพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน
๗. พื้นที่ให้บริการ: ตำบลคลองประสงค์
๘. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ไม่มี  
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ    ๐ นาที
๙. ข้อมูลสถิติ
  - จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน    ๐
  - จำนวนคำขอที่มากที่สุด    ๐
  - จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด    ๐
๑๐. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน คู่มือการให้บริการประชาชน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
๑๑. ช่องทางการให้บริการ
  - ๑.) สถานที่ให้บริการ ที่ทำองค์การบริหารส่วนตำบลคลองประสงค์ อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ โทรศัพท์, โทรสาร ๐๗๕-๖๘๐๔๕๕ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน  
 ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (เว้นวันหยุดราชการ) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐-๑๖:๓๐ น. (ไม่มีพักเที่ยง)  
 หมายเลข -

## ๑๒. หลักเกณฑ์/คุณสมบัติ

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
- (๓) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- (๔) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ใต้อาณัติของสถานสงเคราะห์ของรัฐ
- (๕) แบบลงทะเบียนการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการหรือหนังสือมอบอำนาจสามารถขอได้จากพนักงานเจ้าหน้าที่

หมายเหตุ ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้วทั้งนี้ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วนและ/หรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือเอกสารหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติมโดยผู้ยื่นคำขอจะต้องดำเนินการแก้ไขและ/หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติม ภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึกดังกล่าวมิเช่นนั้นจะถือว่าผู้ยื่นคำขอละทิ้งคำขอโดยเจ้าหน้าที่และผู้ยื่นคำขอหรือผู้ได้รับมอบอำนาจจะลงนามบันทึกดังกล่าวและจะมอบสำเนาบันทึกความพร่องดังกล่าวให้ผู้ยื่นคำขอหรือผู้ได้รับมอบอำนาจไว้เป็นหลักฐาน

## ๑๓. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑)	การยื่นเอกสาร	ผู้พิการมาแสดงตนต่อเจ้าหน้าที่ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนพร้อมเอกสารหลักฐาน	๒ นาที	กองสวัสดิการสังคม อบต.คลองประสงค์	-
๒)	การตรวจสอบเอกสาร	เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องและตรวจสอบคุณสมบัติสัมภาษณ์/บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม	๕ นาที	กองสวัสดิการสังคม อบต.คลองประสงค์	-
๓)	การพิจารณา	รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ และเสนอผู้บริหาร	๓ นาที	กองสวัสดิการสังคม อบต.คลองประสงค์	-
๔)	การลงนาม/ คณะกรรมการมีมติ	ผู้บริหารลงเห็นควรรับยืนยันสิทธิ เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศ พร้อมจัดทำประกาศรายชื่อ	๕ นาที	กองสวัสดิการสังคม อบต.คลองประสงค์	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๑๕ นาที

๑๔. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว  
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

## ๑๕. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

### ๑๕.๑) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๑)	บัตรประจำตัวคน พิการ	พัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของ มนุษย์	๑	๐	ฉบับ	-
๒)	สำเนาทะเบียน บ้าน	กรมการปกครอง	๑	๐	ฉบับ	-
๓)	สมุดบัญชีธนาคาร	ธนาคารกรุงไทย/ ธนาคารออมสิน/ ธนาคาร ธกส.	๑	๐	ฉบับ	-

### ๑๕.๒) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ไม่มี

### ๑๖. ค่าธรรมเนียม

๑) ค่าธรรมเนียมการจดทะเบียน (คำขอละ)

ไม่มี

๒) ค่าธรรมเนียมคัดสำเนาเอกสาร (ชุดละ)

ไม่มี

### ๑๗. ช่องทางการร้องเรียน

๑.) ช่องทางการร้องเรียน องค์การบริหารส่วนตำบลคลองประสังค์ อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่  
 หมายเหตุ (เลขที่ ๒๘๖ หมู่ที่ ๑ ตำบลคลองประสังค์ อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ ๘๑๐๐๐  
 โทร,โทรสาร ๐๗๕-๖๘๐๔๕๕ เว็บไซต์ [www.klongprasong.go.th](http://www.klongprasong.go.th))

## ๑๘. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

## ๑.) แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ

ทะเบียนเลขที่..... /๒๕๖๗

## แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการองค์การบริหารส่วนตำบลคลองประสังข์

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น  บิดา - มารดา  บุตร  สามเฒ่า - ภรรยา  พี่ - น้อง  ผู้ดูแลคนพิการ  อื่นๆ  
ชื่อ - นามสกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ)..... เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบ  
---- ที่อยู่.....  
..... โทรศัพท์.....

## ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลคลองประสังข์

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า  เด็กชาย  เด็กหญิง  นาย  นาง  นางสาว  อื่นๆ (ระบุ).....

ชื่อ..... นามสกุล.....

เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. .... อายุ.....ปี สัญชาติ.....ไทย..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน

เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....คลองประสังข์.....อำเภอ.....เมืองกระบี่

จังหวัด.....กระบี่..... รหัสไปรษณีย์.....๘๑๐๐๐..... โทรศัพท์.....

หมายเลขประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ ----

ประเภทความพิการ  ความพิการทางการมองเห็น  ความพิการทางสติปัญญา  
 ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย  ความพิการทางการเรียนรู้  
 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย  ความพิการทางออทิสติก  
 ความพิการทางจิตใจหรือทางพฤติกรรม

สถานภาพสมรส  โสด  สมรส  หม้าย  หย่าร้าง  แยกกันอยู่  อื่นๆ (ระบุ).....

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ  ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ  เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

 ได้รับเงินเบี้ยผู้สูงอายุ  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์  อื่นๆ (ระบุ)..... มีอาชีพ (ระบุ)..... รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....(บาท) มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ .....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

 รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร..... สาขา..... เลขที่บัญชี.....

## พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ  สำเนาทะเบียนบ้าน  
 สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการมีความประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)  
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่เป็นบุคคลที่อยู่ในอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการหากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

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

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

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการกรอก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

- ๒ -

<p><b>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</b> เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว</p> <p>.....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน</p> <p><input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p><b>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</b> เรียน นายกองการบริหารส่วนตำบลคลองประสังค์</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><b>คำสั่ง</b></p> <p><input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>ตำแหน่ง.....</p> <p>วัน/เดือน/ปี.....</p>	

(ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้พิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้).....

ทะเบียนเลขที่..... /.....

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือน..... พ.ศ..... ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนโดยทันที ทั้งนี้เพื่อการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

## ๑๙. หมายเหตุ

วันที่พิมพ์	๐๔/๑๐/๒๕๖๖
สถานะ	เผยแพร่คู่มือบนเว็บไซต์แล้ว
จัดทำโดย	นางสาวจิตราหนู ชูเรือง
อนุมัติโดย	นางพรพิศ มีมะแม
เผยแพร่โดย	นางสาวปิยรัตน์ หมาดหาว