

งานที่ให้บริการ  
หน่วยงานที่รับผิดชอบ

การลงทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ  
สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลด่านชุมพล

**ขอบเขตการให้บริการ**

สถานที่ / ช่องทางการให้บริการ

๑. สำนักปลัด

โทรศัพท์ ๐๓๙-๕๑๐ ๘๔๓

โทรสาร ๐๓๙-๕๑๐ ๘๔๓

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์

(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐-๑๒.๐๐ น. และ ๑๓.๐๐-๑๖.๓๐ น.

**หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ**

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเบี้ยยังชีพคนพิการ พ.ศ.๒๕๕๓ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม คนพิการที่มีบัตรคนพิการ

**ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ**

ขั้นตอน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

๑. ยื่นคำขอยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ พร้อมเอกสารหลักฐาน

๑. สำนักปลัด

(ระยะเวลา ๑ นาที/ราย)

๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน/สัมภาษณ์/บันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศฯ

(ใช้เครื่องอ่านบัตรประจำตัวประชาชน) (ระยะเวลา ๕ นาที/ราย)

๓. เสนอคณะกรรมการหรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ตรวจสอบคุณสมบัติ (ระยะเวลา ๑ วัน/ราย)

๔. เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร) (ระยะเวลา ๑ นาที/ราย)

๕. แจ้งผล/ออกใบรับลงทะเบียนตามแบบคำขอ (ระยะเวลา ๑ นาที/ราย)

**รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ**

๑. สำเนาบัตรคนพิการ

๒. สำเนาบัตรประชาชน

๓. สำเนาทะเบียนบ้าน

๔. สำเนาสมุดบัญชี

**ค่าธรรมเนียม**

(ไม่มีค่าธรรมเนียม)

**กฎหมายที่เกี่ยวข้อง**

๑. พ.ร.บ.สภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. ๒๕๓๗ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

๒. ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเบี้ยยังชีพคนพิการ พ.ศ.๒๕๕๓ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม



**ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน**

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ  
ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....แล้ว

- เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน
- เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้

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

(ลงชื่อ) .....  
(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

**ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลด่านชุมพล  
คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว  
มีความเห็นดังนี้

- สมควรรับลงทะเบียน
- ไม่สมควรรับลงทะเบียน

กรรมการ (ลงชื่อ).....  
(.....)

กรรมการ (ลงชื่อ).....  
(.....)

กรรมการ (ลงชื่อ).....  
(.....)

**คำสั่ง**

- รับขึ้นทะเบียน
- ไม่รับขึ้นทะเบียน
- อื่นๆ.....

.....

(ลงชื่อ).....  
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้พิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการตั้งแต่  
**ในอัตราเดือนละ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน** กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียน  
ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง