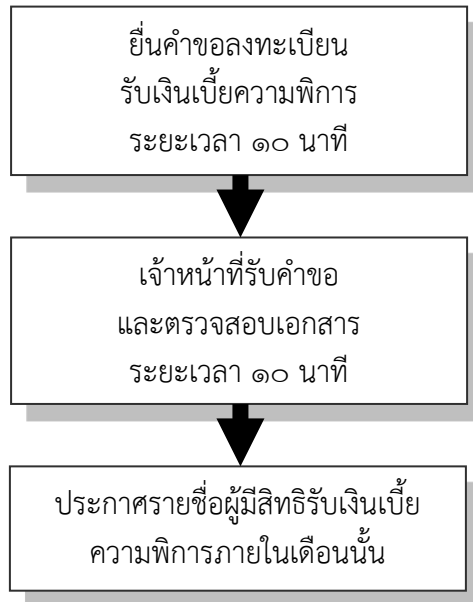


แผนภูมิแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการดำเนินการ
การรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
สำนักปลัด เทศบาลตำบลชะเมา

๑. ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ



๒. ระยะเวลา

กำหนดให้คนพิการรายใหม่ที่ยังไม่เคยลงทะเบียนมาก่อน ซึ่งมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม รวมทั้งคนพิการที่ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาในเขตเทศบาลตำบลชะเมา สามารถลงทะเบียนได้ในทุกๆเดือนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเอง หรือโดยการมอบอำนาจ ณ สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลชะเมา หรือสถานที่อื่นที่กำหนดเพิ่มเติม

* การลงทะเบียนในแต่ละครั้ง เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไป ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ
ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

- ๑) มีสัญชาติไทย
- ๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลชะเมาตามทะเบียนบ้าน
- ๓) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- ๔) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

เทศบาลตำบลชะเมาจัดทำประกาศ บัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ ในแต่ละเดือน โดยจะติดประกาศให้ทราบ ภายในวันที่ ๕ ของเดือนถัดไป และดำเนินการบันทึกข้อมูลผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการใน

ระบบสารสนเทศขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นจะจัดสรรงบประมาณให้แก่เทศบาลตำบลชะเมาให้กับ ผู้พิการ โดยจะมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการตั้งแต่เดือนตุลาคมในปีถัดไป

๓. หลักฐานประกอบ

- ๑) บัตรประจำตัวประชาชน
- ๒) สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- ๓) ทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้าน
- ๔) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์(ธกส.)สำหรับกรณีที่ ผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการผ่านบัญชี เงินฝากธนาคาร พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- ๕) ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบธรรม คนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถให้ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอแทน
 - แบบคำขอลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
 - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ดูแลคนพิการ พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
 - สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

๔. สถานที่/หน่วยงานรับผิดชอบ

สำนักปลัด เทศบาลตำบลชะเมา

โทรศัพท์ ๐๗๕-๘๔๕๑๓๕ โทรสาร ๐๗๕-๘๔๕๑๓๔ www.chamao.go.th

๕. ระยะเวลาเปิดให้บริการ

เปิดให้บริการวันจันทร์-วันศุกร์(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๖.๓๐ น. (ไม่เว้นช่วงพักเที่ยง)

๖. การชำระค่าธรรมเนียม ไม่มีค่าธรรมเนียม

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ลงทะเบียน ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

□-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ชื่อ.....นามสกุล.....

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

ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

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

ประเภทความพิการ ความพิการทางการมองเห็น ความพิการทางด้านสติปัญญา ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางออทิสติก ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมสถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ.....

บุคคลที่อ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่เมื่อ..... ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเอง มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ มีอาชีพ (ระบุ).....รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....(บาท)

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

 รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี □□-□□-□□□□□-□□□□

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

 สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร) หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

(ลงชื่อ).....

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว</p> <p>.....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน <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 <input type="checkbox"/> เป็นผู้มีความสมัครครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายกเทศมนตรีตำบลชะเมา คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ)..... (นายวิโรจน์ สุขเกื้อ) รองนายกเทศมนตรีตำบลชะเมา ปฏิบัติราชการแทน นายกเทศมนตรีตำบลชะเมา วัน/เดือน/ปี.....</p>	

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

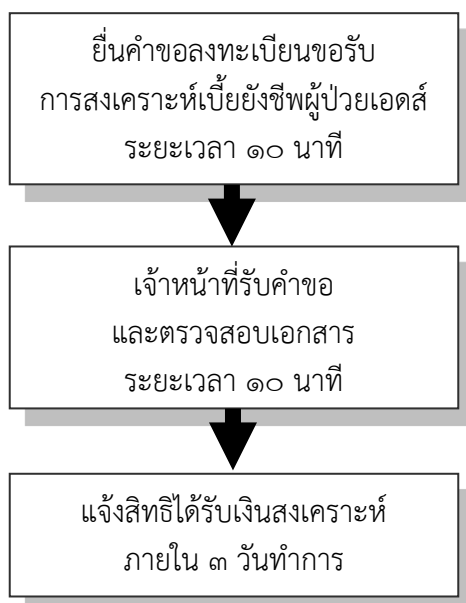
ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยจะเริ่มรับเบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๒ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๓ ในอัตราเดือนละ ๔๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แห่งใหม่และแจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทราบด้วย ทั้งนี้เพื่อไม่เป็นการรับเบี้ยความพิการซ้ำซ้อน ซึ่งอาจก่อให้เกิดกรณีการเรียกเงินคืนต่อไป

ชื่อ - สกุลผู้พิการ..... หมู่ที่.....ตำบลชะเมา

**แผนภูมิแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการดำเนินการ
ขอรับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
สำนักปลัดเทศบาลตำบลชะเมา**

๑. ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ



๒. ระยะเวลา

เมื่อผู้ป่วยเอดส์มายื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่กองสวัสดิการสังคมมีหน้าที่ออกไปตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ของผู้ขอรับการสงเคราะห์ว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติสมควรจะได้รับการสงเคราะห์หรือไม่โดย ผู้มีคุณสมบัติเบื้องต้นเหมือนกันให้ผู้ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อนในการจัดลำดับผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ แล้วจึงจัดทำบัญชีรายชื่อผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพเสนอผู้บริหารท้องถิ่นอนุมัติให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ และสามารถรับเงินสงเคราะห์ได้ในเดือนถัดไป

การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ ในอัตรา ๕๐๐ บาท ต่อเดือน เดือนละ ๑ ครั้ง ซึ่งเทศบาลตำบลชะเมาจะจ่ายเงินโดยวิธีใดวิธีหนึ่งตามความประสงค์ที่ระบุไว้ในแบบคำขอรับเงินสงเคราะห์

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

- ๑) เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
- ๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลชะเมาตามทะเบียนบ้าน
- ๓) มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

******ในกรณีมีคุณสมบัติเบื้องต้นเหมือนกัน ให้ผู้ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

๓. หลักฐานประกอบ

- ๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- ๒) สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- ๓) ใบรับรองแพทย์ซึ่งระบุว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/AIDS หรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง(AIDS) จำนวน ๑ ฉบับ
- ๔) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์(ธกส.) สำหรับกรณีและผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- ๕) ในกรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนก็ได้
 - แบบคำขอลงทะเบียน จำนวน ๑ ฉบับ
 - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้อุปการะ พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
 - สำเนาทะเบียนบ้านของผู้อุปการะ พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

๔. สถานที่/หน่วยงานรับผิดชอบ

สำนักปลัด เทศบาลตำบลชะเมา

โทรศัพท์ ๐๗๕-๘๔๕๑๓๕ โทรสาร ๐๗๕-๘๔๕๑๓๔ www.chamao.go.th

๕. ระยะเวลาเปิดให้บริการ

เปิดให้บริการวันจันทร์-วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๖.๓๐ น. (ไม่เว้นช่วงพักเที่ยง)

๖. การชำระค่าธรรมเนียม ไม่มีค่าธรรมเนียม