

**คู่มือสำหรับประชาชน**

**สำนักปลัด**

**คู่มือสำหรับประชาชน**

|  |
| --- |
| **งานที่ให้บริการ การขอข้อมูลข่าวสารทางราชการ** |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา .** |

**ขอบเขตการให้บริการ**

**ระยะเวลาเปิดให้บริการ**

**สถานที่/ช่องทางให้บริการ**

 สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 8.30 – 16.30 น.
 โทรศัพท์ : 034-540770-5
 เว็บไซด์ [www.thasao-kan.go.th](http://www.thasao-kan.go.th)

**หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงือนไขในการยื่นคำขอ**

 ตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ.๒๕๔๐ ได้กำหนดให้หน่วยงานของรัฐ รวบรวม ข้อมูลข่าวสารของทางราชการ เหตุผลหรือเจตนารมณ์ของการมีกฎหมายข้อมูลข่าวสารของราชการนั้น ก็โดยเห็นว่าในระบอบประชาธิปไตย การให้ประชาชนมีโอกาสกว้างขวางในการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงานต่างๆ ของรัฐเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อที่ประชาชนจะได้สามารถแสดงความคิดเห็นและใช้สิทธิทางการเมืองได้โดยถูกต้องตรงตามความเป็นจริงอันจะเป็นการส่งเสริม ให้มีรัฐบาลที่มีการบริหารที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส และเป็นไปเพื่อประชาชนมากขึ้น

**ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ**

**หน่วยงานผู้รับผิดชอบ**

**ขั้นตอน**

๑. เขียนแบบฟอร์มขอข้อมูลข่าวสาร สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

 ได้ที่ศูนย์ข้อมูลข่าวสารองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

๒. เจ้าหน้าที่ดำเนินการแจ้งให้ผู้บังคับบัญชาทราบ ( 15 นาที )
๓. เจ้าหน้าที่ดำเนินการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ที่ขอรับ
 (หมายเหตุ) กรณีเป็นข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา สามารถดาวโหลด จากเว็บไซด์ [www.thasao-kan.go.th](http://www.wangdong.go.th)

**ระยะเวลา**

 ไม่เกิน ๑ ชั่วโมง นับตั้งแต่ได้รับคำขอข้อมูลข่าวสาร

**รายการเอกสารหรือหลักฐานประกอบที่ต้องใช้**

 ๑. แบบฟอร์มขอข้อมูลข่าวสาร (สามารถรับได้ที่สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา)

 ๒. บัตรประจำตัวประชาชน

**ค่าธรรมเนียม**

 ไม่มีค่าธรรมเนียม

 **การรับเรื่องร้องเรียน**

กรณีเจ้าหน้าที่ อบต. ไม่ดำเนินการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้มาขอรับ สามารถร้องเรียน ได้ที่
โทรศัพท์ : 034-540770-5 ต่อ 12 (ปลัด อบต.)
เว็บไซด์ : [www.thasao-kan.go.th](http://www.thasao-kan.go.th)

**ตัวอย่างแบบฟอร์ม**

**แบบขอข้อมูลข่าวสารของทางราชการ**

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

 1. ด้วยข้าพเจ้า นาย นาง น.ส. ชื่อ.........................................นามสกุล..........................................

อายุ ................. ปี อาชีพ รับราชการ นักการเมือง ประกอบธุรกิจ รับจ้าง

 อื่น ๆ (ระบุ)........................... อยู่บ้านเลขที่...............หมู่ที่..............ซอย.................ถนน.....................................ตำบล........................อำเภอ...............................จังหวัด....................................รหัสไปรษณีย์ .................................. เบอร์โทรศัพท์ ....................................โทรสาร.......................................

 2. ข้อมูลข่าวสารของราชการ เรื่อง ......................................................................................................

 เพื่อ ขอตรวจดู ขอสำเนาที่มีผู้รับรอง

 ขอค้นคว้า ขอสำเนา

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

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

**สำหรับเจ้าหน้าที่กรอกเท่านั้น**

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

 เห็นควรดำเนินการให้

 ไม่อาจดำเนินการให้ได้

 เพราะ .........................................................................................................................

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

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

**คำสั่ง**

 อนุมัติ

 ไม่อนุมัติ

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

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

**คู่มือสำหรับประชาชน**

|  |
| --- |
| **งานที่ให้บริการ รับแจ้งเรื่องราวร้องทุกข์** |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา .** |

**ขอบเขตการให้บริการ**

**ระยะเวลาเปิดให้บริการ**

**สถานที่/ช่องทางให้บริการ**

สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ทุกวัน 8.30 – 16.30 น.
โทรศัพท์ : 034-540770-5 โทรสาร 034-540770-5 ต่อ 20
เว็บไซด์ :

[www.thasao-kan.go.th](http://www.thasao-kan.go.th)

**หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงือนไขในการยื่นคำขอ**

 พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖ ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติราชการ มุ่งให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน โดยยึดประชาชนเป็น ศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน ให้เกิดความผาสุก และความเป็นอยู่ที่ดีของ ประชาชน เกิดผลสัมฤทธิ์ต่องานบริการมีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่าในการให้บริการ ไม่มี ขั้นตอนปฏิบัติงานเกินความจำเป็น มีการปรับปรุงภารกิจให้ทันต่อสถานการณ์ ประชาชนได้รับการ อำนวยความสะดวก และได้รับการตอบสนองความต้องการ และมีการประเมินผลการให้บริการ สม่ำเสมอ องค์การบริหารส่วนตำบลวังด้ง จึงได้จัดตั้งศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ ให้คำปรึกษารับเรื่องปัญหาความต้องการ และข้อเสนอแนะของประชาชน เพื่ออำนวยความสะดวก และช่วยลดช่องทางในการบริการแก่ประชาชน

**ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ**

**หน่วยงานผู้รับผิดชอบ**

**ขั้นตอน**

 สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ช่องทางการรับบริการ** | **ความถี่ในการตรวจสอบช่องทาง** | **ระยะเวลาดำเนินการ รับข้อร้องเรียน เพื่อ ประสานหาทางแก้ไข**  |
| ร้องเรียนด้วยตัวเอง ณ ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา |  ทุกครั้งที่มีผู้ร้องเรียน | ภายใน 5 วันทำการ |
| ร้องเรียนผ่านเว็บไซด์ อบต.ท่าเสา | ทุกวัน | ภายใน 5 วันทำการ |
| ร้องเรียนทางโทรศัพท์ ๐๓๔-634184-5 | ทุกวัน | ภายใน 5 วันทำการ |

 **ขั้นตอนการดำเนินงานศูนย์รับเรื่องร้องทุกข์**

1.กรอกแบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียน โดยมีรายละเอียด คือ ชื่อ – สกุล ผู้ร้องเรียน ที่อยู่ หมายเลข ติดต่อกลับ เรื่องร้องเรียน และสถานที่เกิดเหตุ 2.เจ้าหน้าที่ดำเนินการแจ้งผู้บังคับบัญชาทราบ ( ๑ ชั่วโมง ) 3.แจ้งหน่วยงานที่รับผิดชอบ ตรวจสอบดำเนินการ ( ๑ ชั่วโมง ) ๔.หน่วยงานที่รับผิดชอบ ดำเนินการแก้ไขปัญหาแล้วเสร็จ ภายใน 5 วันทำการ

**ระยะเวลา**

ระยะเวลาดำเนินการแล้วเสร็จ ไม่เกิน ๕ วันทำการ

**รายการเอกสารหรือหลักฐานประกอบที่ต้องใช้**

เอกสารหลักฐานที่ต้องใช้
 ๑. แบบฟอร์มร้องเรียนร้องทุกข์ (สามารถรับได้ที่ ศูนย์รับเรื่องร้องทุกข์ อบต.ท่าเสา)
 ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
 ๓. สำเนาทะเบียนบ้าน

**ค่าธรรมเนียม**

ไม่มีค่าธรรมเนียม

**การรับเรื่องร้องเรียน**

กรณีเกินเวลาที่กำหนด สามารถติดต่อได้ที่ ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ ณ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา หรือโทร 034-540770-5

**ตัวอย่างแบบฟอร์ม**

**แบบรับเรื่องราวร้องทุกข์**

**เขียนที่ศูนย์รับเรื่องร้องทุกข์องค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา**

วันที่...........เดือน..............................พ.ศ. 25................

เรื่อง .........................................................................................................

เรียน นายก อบต. ท่าเสา

1. ข้าพเจ้า .................................................................บ้านเลขที่ .................. หมู่ที่................ถนน................................

ตำบล/แขวง ................................. อำเภอ/เขต ................................... จังหวัด........................................................... รหัสไปรษณีย์…..…………….…….....โทร / โทรสาร …………………………………………………………………………………………..…..

2. สาระสำคัญ เรื่องร้องทุกข์ ........................................................................................................................................

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

3. วัตถุประสงค์/ความต้องการ ให้ช่วยเหลือ..................................................................................................................

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

4. แจ้งเรื่องร้องทุกข์ โดย แจ้งด้วยตัวเอง แจ้งทางโทรศัพท์หมายเลข...................................

 ลงชื่อ.................................................... ผู้แจ้ง ลงชื่อ................................................ ผู้รับแจ้ง

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

องค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา พิจารณาแล้ว เห็นควรส่งเรื่องให้.....................................................

ตรวจสอบข้อเท็จจริง และพิจารณาดำเนินการตามอำนาจหน้าที่

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

**คู่มือสำหรับประชาชน**

|  |
| --- |
| **งานที่ให้บริการ การช่วยเหลือบรรเทาสาธารณภัย**  |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา** |

**ขอบเขตการให้บริการ**

 ราษฎรที่อาศัยในเขตพื้นที่ตำบลท่าเสา

**ระยะเวลาเปิดให้บริการ**

**สถานที่/ช่องทางให้บริการ**

 สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา ทุกวัน ไม่เว้นวันหยุดราชการ

 งานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย

 โทรศัพท์ : 034-540770-5

 เว็บไซด์ : [www.thasao-kan.go.th](http://www.thasao-kan.go.th)

**หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ**

 การจัดบริการสาธารณะเป็นภารกิจสำคัญที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องดำเนินการทั้งตามอำนาจหน้าที่และที่ได้รับถ่ายโอนจากส่วนราชการต่างๆซึ่งตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบลพ.ศ.2537 มาตรา 67 และพระราบบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอำนาจหน้าที่ในการดำเนินการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยที่เกิดขึ้นในเบื้องต้น เช่น อุทกภัย วาตภัย อัคคีภัย แผ่นดินไหว ตลอดจนภัยอื่นๆที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเกิดจากธรรมชาติหรือมีผู้ทำให้เกิดขึ้น ซึ่งล้วนเป็นความเสียหายที่เกิดขึ้นต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน ซึ่งท้องถิ่นจะต้องดำเนินการให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนโดยเร็ว

**ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ**

**หน่วยงานผู้รับผิดชอบ**

**ขั้นตอน**

1.ประชาชนยื่นคำร้องขอความช่วยเหลือ/ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา/

 ต่อเจ้าหน้าที่ งานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย

2.เจ้าหน้าที่เสนอเรื่องต่อผู้บังคับบัญชา

3.มอบหมายเจ้าหน้าที่เพื่อออกตรวจสอบ/ดำเนินการแก้ไขปัญหา

ตามข้อร้องเรียน /คำร้องขอความช่วยเหลือพร้อมทั้งรายงานผลการ

แก้ไขปัญหาให้ผู้บังคับบัญชาทราบตามลำดับชั้น

4.ดำเนินการแก้ไขปัญหาให้ผู้ยื่นคำร้องขอความช่วยเหลือ

**ระยะเวลา**

 ภายใน 1 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่เจ้าหน้าที่ได้คำร้องขอหนังสือรับรองอาคารพร้อมด้วยเอกสารที่เกี่ยวข้องถูกต้อง ครบถ้วน

**รายการเอกสารหรือหลักฐานประกอบที่ต้องใช้**

 1.แบบฟอร์มคำร้อง จำนวน 1 ฉบับ

 2.สำเนาบัตรประชาชน จำนวน 1 ฉบับ

 3.สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ

**ค่าธรรมเนียม**

 ไม่มีค่าธรรมเนียม

**การรับเรื่องร้องเรียน**

 สามารถติดต่อเพื่อยื่นคำขอหนังสือรับรองอาคารได้ที่ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี โทรศัพท์ 034-540770-5 เว็บไซต์ [www.thasao-kan.go.th](http://www.thasao-kan.go.th)

**ตัวอย่างแบบฟอร์ม**

**แบบคำร้องขอรับความช่วยเหลือของผู้ประสบภัย**

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

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

.

เรื่อง .......................................................................

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

 ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/น.ส.).........................................................นามสกุล...................................

หน่วยงาน.......................................................................................อยู่บ้านเลขที่.........................หมู่ที่ ......................

ตำบล..................................................อำเภอ..............................................จังหวัด....................................................

หมายเลขโทรศัพท์.......................................................ได้รับความเดือดร้อนจากเหตุการณ์

 อุทกภัย วาตภัย อัคคีภัย ภัยแล้ง ภัยหนาว

 แผ่นดินไหวและอาคารถล่ม อื่นๆ ระบุ..............................................................................

ความรุนแรงและลักษณะของภัย เล็กน้อย ปานกลาง มาก

เกิดภัย เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. เวลา...............................................

 ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอความอนุเคราะห์จากองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา ดำเนินการให้ความช่วยเหลือและบรรเทาปัญหาความเดือดร้อนในเบื้องต้น ต่อไป

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

 ขอแสดงความนับถือ

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

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

 ผู้ประสบภัย

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

* เพื่อโปรดพิจารณาและสั่งการ
* ..................................................... **คำสั่ง**………………………………………………………………

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

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

 (นายสุริยา บุนนาค) (นายวิกิจ แก้วจิตคงทอง)

 ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา



 บันทึก

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

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

เรื่อง......................................................................

 ข้าพเจ้า............................................................เกิดวันที่.............เดือน..............................พ.ศ.....................อายุ..............ปี อาชีพ..........................สัญชาติ.................ชื่อบิดา...............................ชื่อมารดา.............................อยู่บ้านเลขที่.................หมู่บ้าน..................................ตำบล.................อำเภอ.................จังหวัด.............................

 ขอให้ถ้อยคำต่อ.................................................ตำแหน่ง............................................ด้วยความจริง ดังนี้ เมื่อวันที่...............เดือน............................................พ.ศ...........................เวลา...........................น.ได้เกิดเหตุ.........................................ทำให้ □ ที่อยู่อาศัย □ โรงเรือนเลี้ยงสัตว์ □ โรงเรือนเก็บพืชผลทางการเกษตรของข้าพเจ้าได้รัยความเสียหาย □ บางส่วน □ ทั้งหลัง มีรายละเอียด ดังนี้

1. ที่อยู่อาศัย กว้าง..............เมตร ยาว....................เมตร
2. หลังคามุงด้วย□กระเบื้อง □สังกะสี □จาก □หญ้าคา จำนวน...........แผ่น เป็นเงิน...................บาท
3. เสา □ ไม้ □ ปูนซีเมนต์ จำนวน............ต้น เป็นเงิน....................บาท
4. ฝาบ้าน □ ไม้กระดาน □ อิฐ จำนวน.........แผ่น เป็นเงิน....................บาท
5. ไม้เครื่องบน □ ไม้จริง □ ไม้ไผ่ จำนวน..........ตัว/ลำ เป็นเงิน...................บาท
6. ไม้คานล่าง จำนวน.............ตัว/ลำ เป็นเงิน...................บาท
7. พื้นบ้าน □ ไม้กระดาน □ ปูนซีเมนต์ จำนวน..............แผ่น เป็นเงิน...................บาท
8. ไม้ขนาด1.5 นิ้ว x 3 นิ้ว x..............ศอก/เมตร จำนวน..............ตัว เป็นเงิน....................บาท
9. ไม้ขนาด1.5 นิ้ว x 4 นิ้ว x..............ศอก/เมตร จำนวน..............ตัว เป็นเงิน....................บาท
10. ไม้ขนาด1.5 นิ้ว x 5 นิ้ว x..............ศอก/เมตร จำนวน..............ตัว เป็นเงิน.....................บาท
11. เครื่องครัว........................................................ จำนวน.............ชิ้น เป็นเงิน.....................บาท
12. เครื่องนอน....................................................... จำนวน............ชิ้น เป็นเงิน.....................บาท
13. สิ่งของอื่นๆ..............................................................................................................................................

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.......................................บาท (....................................................................................)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายการสิ่งของดังกล่าวข้างต้นได้รับความเสียหายจริง จึงใคร่ขอรับการช่วยเหลือจากทางราชการต่อไปด้วย ข้าพเจ้าจึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).................................................ผู้ประสบภัย ลงชื่อ.............................................ผู้บันทึกปากคำ (................................................) (............................................)

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

**คู่มือสำหรับประชาชน**

|  |
| --- |
| **งานที่ให้บริการ การสนับสนุนพ่นหมอกควันป้องกันไข้เลือดออก (กรณีเกิดโลก)** |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา .** |

**ขอบเขตการให้บริการ**

**ระยะเวลาเปิดให้บริการ**

**สถานที่/ช่องทางให้บริการ**

สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ทุกวัน 8.30 – 16.30 น.
โทรศัพท์ : 034-540770-5 โทรสาร : 034-634184-5 ต่อ ๒๐
เว็บไซด์ : [www.thasao-kan.go.th](http://www.thasao-kan.go.th)

**หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงือนไขในการยื่นคำขอ**

 การจัดบริการสาธารณะเป็นภารกิจสำคัญที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องดำเนินการทั้งตามอำนาจหน้าที่และที่ได้รับถ่ายโอนจากส่วนราชการต่างๆซึ่งตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.2537 มาตรา 67(3) และพระราบบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 มาตรา 16(19) กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอำนาจและหน้าที่ในการดำเนินการป้องกันและและระงับโรคติดต่อ การสนับสนุนบริการด้านสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาวะของประชนในท้องถิ่นให้ดียิ่งขึ้น

**ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ**

**ขั้นตอน**

**หน่วยงานผู้รับผิดชอบ**

 1. ประชาชน/หน่วยงานยื่นคำร้อง สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

 2. เจ้าหน้าที่ดำเนินการแจ้งผู้บังคับบัญชาทราบ ( 20 นาที )

 3. หน่วยงานที่รับผิดชอบ ดำเนินการแก้ไขปัญหาแล้วเสร็จ ภายใน 2 ชั่วโมง

**ระยะเวลา**

 ระยะเวลาดำเนินการแล้วเสร็จ ไม่เกิน ๒ ชั่วโมง

**รายการเอกสารหรือหลักฐานประกอบที่ต้องใช้**

 ๑. แบบฟอร์มคำร้อง (สามารถรับได้ที่ สำนักปลัด อบต.)
 ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

**ค่าธรรมเนียม**

ไม่มีค่าธรรมเนียม

**การรับเรื่องร้องเรียน**

กรณีเกินเวลาที่กำหนด สามารถติดต่อได้ที่ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา หรือโทร 034-540770-5

**ตัวอย่างแบบฟอร์ม**

**แบบขอสนับสนุนพ่นหมอกควันป้องกันไข้เลือดออก (กรณีเกิดโรค)**

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

ตำบลท่าเสา อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี

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

เรื่อง ขอสนับสนุนพ่นหมอกควันเพื่อควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

 ด้วยข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว) ....................................... นามสกุล.............................อายุ............ปี

อยู่บ้านเลขที่/หน่วยงาน ..........................หมู่ที่..........ตำบล..............อำเภอ..................จังหวัด.....................หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อ .................................................... มีความประสงค์ขอสนับสนุนพ่นหมอกควันเพื่อควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในเขตหมู่บ้าน ................................หมู่ที่............ตำบล........................อำเภอ.....................จังหวัด.............................โดยขอสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์จากองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา ดังนี้

1. เครื่องพ่นหมอกควัน จำนวน ........................ เครื่อง
2. น้ำมันดีเซล จำนวน ........................ ลิตร
3. น้ำมันเบนซิน จำนวน ........................ ลิตร
4. น้ำยาเคมี จำนวน ........................ ลิตร
5. เจ้าหน้าที่ จำนวน..........................คน

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

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

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

 (นายวิกิจ แก้วจิตคงทอง)

 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

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

**คู่มือสำหรับประชาชน**

|  |
| --- |
| **งานที่ให้บริการ การขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ**  |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา** |

**ขอบเขตการให้บริการ**

**ระยะเวลาเปิดให้บริการ**

**สถานที่/ช่องทางให้บริการ**

สำนักปลัด อบต./งานพัฒนาชุมชน วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เวลา 08.30 – 16.30.00 น. โทรสาร. 034-540770-5

โทร. 034-540770-5 [www.thasao-kan.go.th](http://www.thasao-kan.go.th)

**หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงือนไขในการยื่นคำขอ**

 หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา รับขึ้นทะเบียนทุกเดือนพฤศจิกายนของทุกปี (ตั้งแต่วันที่ 1 – 30 พฤศจิกายน ของทุกปี) ในวันและเวลาราชการ

**คุณสมบัติของผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ**
 1. สัญชาติไทย
 2. มีอายุ 59 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (ในกรณีที่ทะเบียนราษฎร์ระบุเฉพาะปีเกิด ให้ถือว่าบุคคลนั้นเกิดวันที่ 1 มกราคมของปีนั้น เช่น เกิด พ.ศ. 2497 ให้ถือว่าเกิดวันที่ 1 มกราคม 249๗
 3. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

 4. ไม่เป็นผู้ที่ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือเทศบาล อบต. ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ที่ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือเทศบาล อบต. จัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบ

**กรณีผู้อื่นยื่นเอกสารแทน**

 สามารถยื่นเอกสารแทนผู้สูงอายุได้ และหากผู้สูงอายุมีความประสงค์โอนเงินเข้าบัญชีผู้อื่น ต้องมีหนังสือมอบอำนาจ ตัวจริงพร้อมสำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ อย่างละ 1 ชุด

ผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนไว้ ตั้งแต่วันที่ 1- 30 พฤศจิกายน ของทุกปี จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพ เริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม ของปีถัดไป (ไม่มีการจ่ายย้อนหลัง)

**หลักเกณฑ์การรับเงินแบ่งตามอายุ ดังนี้**

 ปัจจุบันได้จ่ายแบบขั้นบันได
 อายุ 60 -69 ปี จะได้รับ 600 บาท
 อายุ 70 -79 ปี จะได้รับ 700 บาท
 อายุ 80 -89 ปี จะได้รับ 800 บาท
 อายุ 90 ปีขึ้นไป จะได้รับ 1,000 บาท

**หมายเหตุ** ในกรณีผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุย้ายทะเบียนบ้านให้เทศบาล หรือ อบต.ที่เคยจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเดิมยังคงจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตนกว่าจะสิ้นสุดปีงบประมาณนั้น คือเดือนกันยายน หากมีความประสงค์จะรับเบี้ยยังชีพกับเทศบาล หรือ อบต. แห่งใหม่ ต้องไปจดทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพที่เทศบาลหรือ อบต.แห่งใหม่ ภายในวันที่ 1 -30 พฤศจิกายนของทุกปี และเริ่มรับเงินที่ใหม่ในเดือนตุลาคม ของปีถัดไป

**ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ**

**ขั้นตอน**

**หน่วยงานผู้รับผิดชอบ**

1. ผู้รับทะเบียนยื่นเอกสารขอรับใบลงทะเบียน 1. งานพัฒนาชุมชน/สำนักปลัด อบต.
2. เจ้าหน้าที่รับเอกสารและตรวจสอบข้อมูล
3. เช็คสถานะเอกสารที่ได้รับว่าตรงตามหลักเกณฑ์หรือไม่
4. รับลงทะเบียนผู้รับบริการ
5. เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียนเซ็นรับรองความถูกต้อง
6. ฉีกเอกสารแนบท้ายเพื่อยืนยันว่าขึ้นทะเบียนแล้ว

**ระยะเวลา**

 ใช้เวลาทั้งสิ้น 30 นาที (กรณีเอกสารครบ)

**รายการเอกสารหรือหลักฐานประกอบที่ต้องใช้**

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ชุด

2. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ชุด

3. สำเนาสมุดบัญชี ธกส. หรือ ธ.กรุงไทย จำนวน 1 ชุด

4.การยื่นคำขอรับการสงเคราะห์

5.สามารถยื่นเอกสารได้ด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อื่นแทนได้

**ค่าธรรมเนียม**

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

**การรับเรื่องร้องเรียน**

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

สำนักงาน อบต.ท่าเสา โทร. 034-540770-5

**ตัวอย่างแบบฟอร์ม**

**แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.................**

**เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน**

 ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น....................................................................กับผู้สูงอายุที่ขอลงทะเบียน ชื่อ – สกุล(ผู้รับมอบอำนาจ) ..................................................................................................เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ □-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่........................................................................................

 ..............................................................................................................................................โทรศัพท์..................................................

**ข้อมูลผู้สูงอายุ**

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

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

 ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ......................................................นามสกุล...................................................

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

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนเลขที่.........................หมู่ที่..................ตรอก/ซอย..........................................ถนน.............................................ตำบล/แขวง....................................................อำเภอ/เขต.........................................................จังหวัด......................................................รหัสไปรษณีย์..................................................โทรศัพท์.........................................................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

สถานภาพสมรส □ โสด □ สมรส □ หม้าย □ หย่าร้าง □ แยกกันอยู่ □ อื่น ๆ......................................

รายได้ต่อเดือน................................................บาท อาชีพ........................................................

**ข้อมูลทั่วไป :** สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

□ ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ □ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

□ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ □ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อวันที่.............เดือน............................พ.ศ..............

 มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ............ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

□ รับเงินสดด้วยตัวเอง □ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

□ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ □ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

□ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

□ สำเนาทะเบียนบ้าน

□ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

□ หนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

 ***“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ บำเหน็จรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”***

 (ลงชื่อ)…............................................................ (ลงชื่อ)….....................................................เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

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

 ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย 🗸 ในช่อง □ หน้าข้อความที่ต้องการ

- 2 -

|  |  |
| --- | --- |
| **ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน****เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/………………………………..……………………………………………....…………หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน□-□□□□-□□□□□-□□□แล้ว□ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน□ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก  ................................................................................................... ................................................................................................... (ลงชื่อ)…................................................................. (.......................................................)  เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน | **ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ****เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา** **คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว****มีความเห็นดังนี้**□ สมควรรับขึ้นทะเบียน □ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน**กรรมการ (ลงชื่อ)**.............................................................. ( )  ตำแหน่ง……………………………………**กรรมการ (ลงชื่อ)**.............................................................. ( )  ตำแหน่ง........................................**กรรมการ (ลงชื่อ)**.............................................................. ( )  นักพัฒนาชุมชน |
| **คำสั่ง**□ รับขึ้นทะเบียน □ ไม่รับขึ้นทะเบียน □ อื่น ๆ .....................................................................................(ลงชื่อ)…..................................................... ( ) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสาวัน/เดือน/ปี......................................  |

 ✄ ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้ .

 ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่...............เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.........................

 การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ........... โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ***ตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึงเดือนกันยายน ในอัตราแบบขั้นบันได ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน*** กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น ***( ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน*** ) จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แห่งใหม่ ภายในเดือนพฤศจิกายน ................... ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

**คู่มือสำหรับประชาชน**

|  |
| --- |
| **งานที่ให้บริการ การขึ้นทะเบียนผู้พิการ**  |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา** |

**ขอบเขตการให้บริการ**

**สถานที่/ช่องทางให้บริการ**

**ระยะเวลาเปิดให้บริการ**

 สำนักปลัด อบต.ท่าเสา/งานพัฒนาชุมชน

 โทร. 034-540770-5 วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เวลา 08.30-16.30 น.
 โทรสาร. 034-540770-5 ต่อ 20

 [www.thasao-kan.go.th](http://www.thasao-kan.go.th)

**หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงือนไขในการยื่นคำขอ**

หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับเบี้ยความพิการ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสารับขึ้นทะเบียนทุกเดือนพฤศจิกายนของทุกปี (ตั้งแต่วันที่ 1 – 30 พฤศจิกายน ของทุกปี) ในวันและเวลาราชการ

**คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการ**

                1.  สัญชาติไทย

                2.  มีบัตรประจำตัวคนพิการ

                3.  มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร์ในเขตตำบลท่าเสา

                4.  ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

               5. ในกรณีผู้พิการเป็นผู้ซึ่งต้องขังหรือจำคุกอยู่ในเรือนจำ ทัณฑสถาน หรือสถานคุมขังของกรมราชทัณฑ์ หรือเป็นผู้ซึ่งถูกควบคุมอยู่ในสถานพินิจและและคุ้มครองเด็กและเยาวชน หรือศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน ให้ไปลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการต่อผู้บังคับบัญชาการ หรือผู้อำนวยการตามสถานที่ที่อยู่

          ผู้พิการที่ขึ้นทะเบียนไว้ ตั้งแต่วันที่ 1- 30 พฤศจิกายน ของทุกปี จะได้รับเงินเบี้ยความพิการ เริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม ของปีถัดไป (ไม่มีการจ่ายย้อนหลัง)

**ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ**

**หน่วยงานผู้รับผิดชอบ**

**ขั้นตอน**

1. ผู้รับทะเบียนยื่นเอกสารขอรับใบลงทะเบียน 1. สำนักปลัด อบต./งานพัฒนาชุมชน
2. เจ้าหน้าที่รับเอกสารและตรวจสอบข้อมูล
3. เช็คสถานะเอกสารที่ได้รับว่าตรงตามหลักเกณฑ์หรือไม่
4. รับลงทะเบียนผู้รับบริการ
5. เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียนเซ็นรับรองความถูกต้อง
6. ฉีกเอกสารแนบท้ายเพื่อยืนยันว่าขึ้นทะเบียนแล้ว

**ระยะเวลา**

ใช้เวลาทั้งสิ้น 30 นาที

**รายการเอกสารหรือหลักฐานประกอบที่ต้องใช้**

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ชุด

2. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ชุด

3. สำเนาสมุดบัญชี ธกส. หรือ ธ. กรุงไทย จำนวน 1 ชุด

4. การยื่นคำขอรับการสงเคราะห์สามารถยื่นเอกสารได้ด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อื่นแทนได้

 **หลักฐานสำหรับผู้อื่นที่มายื่นแทน**

          1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน             จำนวน  1  ชุด

          2. สำเนาทะเบียนบ้าน                          จำนวน  1  ชุด

          3. หนังสือมอบอำนาจ                           จำนวน  1  ชุด

**ค่าธรรมเนียม**

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

**การรับเรื่องร้องเรียน**

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา โทร. 034-540770-5

**ตัวอย่างแบบฟอร์ม**

9k,gvdlkifhko]jk’

**แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.............**

**เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน** : ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น □ บิดา–มารดา □ บุตร □ สามี–ภรรยา □ พี่น้อง □ ผู้ดูแลคนพิการ □ อื่น ๆ......................... ลงทะเบียน ชื่อ – สกุล(ผู้รับมอบอำนาจ) ...............................................................................เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ □-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่.............................................................................................................

 ..............................................................................................................................................โทรศัพท์............................................................

**ข้อมูลคนพิการ**

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

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

 คำนำหน้านาม □ เด็กชาย □ เด็กหญิง □ นาย □ นาง □ นางสาว □ อื่น ๆ (ระบุ).......................... ชื่อ..........................................................นามสกุล...........................................................

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

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนเลขที่.........................หมู่ที่....................ตรอก/ซอย..............................................................

ถนน.............................................ตำบล/แขวง...........................................อำเภอ/เขต................................................

จังหวัด.........................................รหัสไปรษณีย์.........................................โทรศัพท์....................................................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

ประเภทความพิการ □ ความพิการทางการมองเห็น □ ความพิการทางสติปัญญา

 □ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย □ ความพิการทางการเรียนรู้

□ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางกาย □ ความพิการทางออทิสติก

□ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส □ โสด □ สมรส □ หม้าย □ หย่าร้าง □ แยกกันอยู่ □ อื่น ๆ..............................

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

**ข้อมูลทั่วไป :** สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ □ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ □ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่

 เมื่อ..............................................................................

□ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ □ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ □ อื่น ๆ (ระบุ)..............................................

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

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

□ รับเงินสดด้วยตัวเอง □ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

□ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ □ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

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

**พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้**

□ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ □ สำเนาทะเบียนบ้าน

□ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

□ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

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

 ตำแหน่ง.............................................................

**หมายเหตุ** ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย 🗸 ในช่อง □ หน้าข้อความที่ต้องก

**คู่มือสำหรับประชาชน**

|  |
| --- |
| **งานที่ให้บริการ การยื่นแบบขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ (ส่งเรื่องต่อ พมจ.)** |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา** |

**ขอบเขตการให้บริการ**

**สถานที่/ช่องทางให้บริการ**

**ระยะเวลาเปิดให้บริการ**

 สำนักปลัด อบต.ท่าเสา/งานพัฒนาชุมชน

 โทร. 034-540770-5 วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เวลา 08.30-16.30 น.
 โทรสาร. 034-540770-5 ต่อ 20

 [www.thasao-kan.go.th](http://www.thasao-kan.go.th)

**หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงือนไขในการยื่นคำขอ**

 การจัดบริการสาธารณะเป็นภารกิจสำคัญที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องดำเนินการทั้งตามอำนาจหน้าที่และที่ได้รับถ่ายโอนจากส่วนราชการต่างๆซึ่งตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบลพ.ศ.2537 มาตรา 67(6) และพระราบบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 มาตรา 16(10)กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอำนาจและหน้าที่ในการดำเนินการสังคมสงเคราะห์ และการพัฒนาคุณภาพเด็ก สตรี คนชรา คนพิการและผู้ด้อยโอกาส ให้ได้รับความคุ้มครองที่เท่าเทียมกัน ตามหลักสิทธิมนุษยชน และการมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะของประชนในท้องถิ่น

**ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ**

**หน่วยงานผู้รับผิดชอบ**

**ขั้นตอน**

1. ประชาชนยื่นเอกสารแบบคำขอ 1. งานพัฒนาชุมชน/สำนักปลัด อบต.
2. เจ้าหน้าที่รับและตรวจสอบความถูกต้องเอกสาร
3. เจ้าหน้าที่ส่งเรื่องต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกาญจนบุรี

**ระยะเวลา**

ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น ๓๐ วันทำการ

**รายการเอกสารหรือหลักฐานประกอบที่ต้องใช้**

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ชุด

2. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ชุด

3. สำเนาสมุดบัญชี ธกส. หรือ ธ. กรุงไทย จำนวน 1 ชุด

4. การยื่นคำขอรับการสงเคราะห์สามารถยื่นเอกสารได้ด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อื่นแทนได้

5. .หนังสือรับรองแพทย์

 **หลักฐานสำหรับผู้อื่นที่มายื่นแทน**

          1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน             จำนวน  1  ชุด

          2. สำเนาทะเบียนบ้าน                          จำนวน  1  ชุด

          3. หนังสือมอบอำนาจ                           จำนวน  1  ชุด

**ค่าธรรมเนียม**

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

**การรับเรื่องร้องเรียน**

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา โทร. 034-540770-5

**ตัวอย่างแบบฟอร์ม**

**แบบขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.................**

**เฉพาะกรณีผู้ป่วยเอดส์มอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน**

 ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น....................................................................กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอลงทะเบียน ชื่อ – สกุล(ผู้รับมอบอำนาจ) ..................................................................................................เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ □-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่........................................................................................

 ..............................................................................................................................................โทรศัพท์..................................................

**ข้อมูลผู้ป่วยเอดส์**

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

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

 ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ......................................................นามสกุล...................................................

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

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนเลขที่.........................หมู่ที่..................ตรอก/ซอย..........................................ถนน.............................................ตำบล/แขวง....................................................อำเภอ/เขต.........................................................จังหวัด......................................................รหัสไปรษณีย์..................................................โทรศัพท์.........................................................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

สถานภาพสมรส □ โสด □ สมรส □ หม้าย □ หย่าร้าง □ แยกกันอยู่ □ อื่น ๆ......................................

รายได้ต่อเดือน................................................บาท อาชีพ........................................................

**ข้อมูลทั่วไป :** สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

□ ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ □ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

□ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ □ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อวันที่.............เดือน............................พ.ศ..............

 มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ............ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

□ รับเงินสดด้วยตัวเอง □ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

□ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ □ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

□ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

□ สำเนาทะเบียนบ้าน

□ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

□ หนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

□ หนังสือรับรองแพทย์

 ***“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ บำเหน็จรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”***

 (ลงชื่อ)…............................................................ (ลงชื่อ)….....................................................เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

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

 ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย 🗸 ในช่อง □ หน้าข้อความที่ต้องการ

- 2 -

|  |  |
| --- | --- |
| **ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน****เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/………………………………..……………………………………………....…………หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน□-□□□□-□□□□□-□□□แล้ว□ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน□ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก  ................................................................................................... ................................................................................................... (ลงชื่อ)…................................................................. (.......................................................)  เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน | **ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ****เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา** **คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว****มีความเห็นดังนี้**□ สมควรรับขึ้นทะเบียน □ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน**กรรมการ (ลงชื่อ)**.............................................................. ( )  ตำแหน่ง……………………………………**กรรมการ (ลงชื่อ)**.............................................................. ( )  ตำแหน่ง........................................**กรรมการ (ลงชื่อ)**.............................................................. ( )  นักพัฒนาชุมชน |
| **คำสั่ง**□ รับขึ้นทะเบียน □ ไม่รับขึ้นทะเบียน □ อื่น ๆ .....................................................................................(ลงชื่อ)…..................................................... ( ) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสาวัน/เดือน/ปี......................................  |