

คู่มือสำหรับประชาชน
สำนักปลัด
องค์การบริหารส่วนตำบลกลุ่มสุข

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ

การขอข้อมูลข่าวสารทางราชการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลกลุ่มสุขุม

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางให้บริการ

สำนักปลัด

โทรศัพท์ : ๐ ๓๔๕๙ ๒๑๐๑

โทรสาร : ๐ ๓๔๕๙ ๑๓๗๕

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์

ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

ลักษณะ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. ๒๕๔๐ ได้กำหนดให้หน่วยงานของรัฐ รวบรวมข้อมูลข่าวสารของทางราชการ เหตุผลหรือเจตนากรณีของการมีกฎหมายข้อมูลข่าวสารของราชการนั้น ก็โดยเห็นว่าในระบบประชาธิปไตยการให้ประชาชนมีโอกาสกว้างขวางในการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงานต่างๆ ของรัฐเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อที่ประชาชนจะได้สามารถแสดงความคิดเห็นและใช้สิทธิทางการเมืองได้โดยถูกต้องตรงตามความเป็นจริงอันจะเป็นการส่งเสริม ให้มีรัฐบาลที่มีการบริหารที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส และเป็นไปเพื่อประชาชนมากขึ้น

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : สำนักปลัด

- เขียนแบบฟอร์มขอข้อมูลข่าวสาร ได้ที่ศูนย์ข้อมูลข่าวสารองค์การบริหารส่วนตำบลกลุ่มสุขุม (ระยะเวลา ๕ นาที)
- เจ้าหน้าที่ดำเนินการแจ้งให้ผู้บังคับบัญชาทราบ (ระยะเวลา ๕ นาที)
- เจ้าหน้าที่ดำเนินการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ขอรับข้อมูลข่าวสาร (ระยะเวลา ๑๐ นาที)

ระยะเวลา

ไม่เกิน ๑ ชั่วโมง นับแต่ได้รับคำขอข้อมูลข่าวสาร

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

- แบบฟอร์มขอข้อมูลข่าวสาร (สามารถรับได้ที่สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลกลุ่มสุขุม)
- สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประชาชน

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ สำนักปลัด อบต.ลุ่มสุ่ม

โทรศัพท์ : ๐ ๓๔๕๕ ๑๒๐๑

เว็บไซต์ : <http://www.loomsom.go.th>

Facebook : องค์การบริหารส่วนตำบลลุ่มสุ่ม จังหวัดกาญจนบุรี

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แนบท้าย

แบบคำขอร้องข้อมูลข่าวสารของราชการ
องค์การบริหารส่วนตำบลกลุ่มคุ้ม อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

บัตรประจำตัว.....เลขที่.....บ้านเลขที่.....

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

โทรศัพท์.....ประสงค์ขอเอกสาร/ข้อมูล () ขอเข้าตรวจสอบข้อมูลข่าวสาร เรื่องดังนี้

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

เพื่อนำไป.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายินยอมจ่ายค่าธรรมเนียมตามประกาศคณะกรรมการข้อมูลข่าวสารของราชการกำหนด และเมื่อข้าพเจ้ารับเอกสารที่ขอแล้วขอรับรองว่าจะไม่ทำให้ราชการเสียหาย

(ลงชื่อ).....ผู้ขอ

(.....)

<p>(สำหรับเจ้าหน้าที่)</p> <p>ได้ดำเนินการ <input type="checkbox"/> ให้ข้อมูล/เอกสารที่ผู้ขอต้องการแล้ว <input type="checkbox"/> ให้เข้าตรวจสอบข้อมูล/เอกสารแล้ว <input type="checkbox"/> นัดมารับเอกสาร วันที่..... <input type="checkbox"/> เปิดเผยได้เฉพาะบางส่วน <input type="checkbox"/> ไม่สามารถเปิดเผยได้เพราะ.....</p> <p>(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ (.....)</p> <p>(สำหรับหัวหน้าหน่วยงาน)</p> <p>กรณีประสานขอข้อมูลจากหน่วยงานอื่น เรียบ..... เพื่อไปรื้อถอนกระดาษที่ข้อมูล/เอกสารตามขอข้างต้นด้วย</p> <p>(ลงชื่อ)..... (.....) นายกองกิจการบริหารส่วนตำบลกลุ่มคุ้ม</p>	<p>(สำหรับหน่วยงานอื่นส่งเรื่องกลับ) วันที่.....</p> <p>เรียน นายกองกิจการบริหารส่วนตำบลกลุ่มคุ้ม ได้พิจารณาจัดส่งข้อมูล/เอกสารที่ขอแล้วตามแบบ</p> <p>(ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>(สำหรับผู้ขอ)</p> <p>ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ได้รับบริการตามที่ขอเรียบร้อยแล้ว <input type="checkbox"/> ได้ชำระเงินค่าทำสำเนาเอกสาร.....บาท <input type="checkbox"/> ไม่ต้องชำระเงิน เพราะมีรายได้เล็กน้อย</p> <p>(ลงชื่อ).....ผู้ขอ (.....)</p>
---	--

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	รับแจ้งเรื่องราวร้องทุกข์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลกลุ่มสุขุม

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางให้บริการ

สำนักปลัด

โทรศัพท์ : ๐ ๓๔๕๕ ๒๑๐๑

โทรสาร : ๐ ๓๔๕๕ ๑๓๗๕

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์

ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖ ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติราชการ มุ่งให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน ให้เกิดความผาสุก และความเป็นอยู่ที่ดีของ ประชาชน เกิดผลสัมฤทธิ์ต่องานบริการมีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่าในการให้บริการ ไม่มี ขั้นตอนปฏิบัติงานเกินความจำเป็น มีการปรับปรุงภารกิจให้ทันต่อสถานการณ์ ประชาชนได้รับการ อำนวยความสะดวก และได้รับการตอบสนองความต้องการ และมีการประเมินผลการให้บริการ สม่าเสมอ องค์การบริหารส่วนตำบลกลุ่มสุขุม จึงได้จัดตั้งศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ ให้คำปรึกษารับเรื่องปัญหาความต้องการ และข้อเสนอแนะของประชาชน เพื่ออำนวยความสะดวก และช่วยลดช่องทางในการบริการแก่ประชาชน

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : สำนักปลัด

ช่องทางการรับบริการ	ความถี่ในการตรวจสอบช่องทาง	ระยะเวลาดำเนินการ รับข้อร้องเรียนเพื่อประสานหาทางแก้ไข
ร้องเรียนด้วยตัวเอง ณ ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ องค์การบริหารส่วนตำบลกลุ่มสุขุม	ทุกครั้งที่ผู้ร้องเรียน	ภายใน ๗ วันทำการ
ร้องเรียนผ่านเว็บไซต์ อบต.กลุ่มสุขุม	ทุกวัน	ภายใน ๗ วันทำการ
ร้องเรียนทางโทรศัพท์ ๐ ๓๔๕๕ ๑๒๐๑	ทุกวัน	ภายใน ๗ วันทำการ
ร้องเรียนทาง Facebook อบต.กลุ่มสุขุม	ทุกวัน	ภายใน ๗ วันทำการ

ขั้นตอนการดำเนินงานศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์

- กรอกแบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียน โดยมีรายละเอียด คือ ชื่อ - สกุล ผู้ร้องเรียน ที่อยู่ หมายเลขติดต่อกลับ เรื่องร้องเรียน และสถานที่เกิดเหตุ
- เจ้าหน้าที่ดำเนินการแจ้งผู้บังคับบัญชาทราบ (ระยะเวลา ๒๐ นาที)
- แจ้งหน่วยงานที่รับผิดชอบ ตรวจสอบดำเนินการ (ระยะเวลา ๑ วัน)
- หน่วยงานที่รับผิดชอบ ดำเนินการแก้ไขปัญหาแล้วเสร็จ ภายใน ๗ วันทำการ
- แจ้งผลการดำเนินการแก่ประชาชน (ระยะเวลาไม่เกิน ๑ วัน)

ระยะเวลา

ระยะเวลาดำเนินการแล้วเสร็จ ไม่เกิน ๗ วันทำการ

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหลักฐานที่ต้องใช้

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

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ สำนักปลัด อบต.ลุ่มสุ่ม

โทรศัพท์ : ๐ ๓๔๕๕ ๑๒๐๑

เว็บไซต์ : <http://www.loomsom.go.th>

Facebook : องค์การบริหารส่วนตำบลลุ่มสุ่ม จังหวัดกาญจนบุรี

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แนบท้าย

แบบรับเรื่องราวร้องทุกข์

เขียนที่ ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์
องค์การบริหารส่วนตำบลกลุ่มสุขุม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลกลุ่มสุขุม

๑. ข้าพเจ้า.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทร/โทรสาร.....

๒. สาเหตุสำคัญ เรื่องร้องทุกข์

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๓. วัตถุประสงค์/ความต้องการ ให้ช่วยเหลือ.....

.....

.....

๔. แจ้งเรื่องราวร้องทุกข์ โดย แจ้งด้วยตัวเอง แจ้งทางโทรศัพท์หมายเลข.....

ลงชื่อ.....ผู้แจ้ง
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับแจ้ง
(.....)

องค์การบริหารส่วนตำบลกลุ่มสุขุม พิจารณาแล้ว เห็นควรส่งเรื่องให้.....
ตรวจสอบข้อเท็จจริง และพิจารณาดำเนินการตามอำนาจหน้าที่

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การช่วยเหลือบรรเทาสาธารณภัย
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลกลุ่มสุขุม

ขอบเขตการให้บริการ

ราษฎรที่อาศัยในเขตพื้นที่ตำบลกลุ่มสุขุม

สถานที่/ช่องทางให้บริการ

สำนักปลัด งานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย

โทรศัพท์ : ๐ ๓๔๕๙ ๒๑๐๑

โทรสาร : ๐ ๓๔๕๙ ๑๓๗๕

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

ทุกวันไม่เว้นวันหยุดราชการ

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

การจัดบริการสาธารณะเป็นภารกิจสำคัญที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องดำเนินการทั้งตามอำนาจหน้าที่และที่ได้รับถ่ายโอนจากส่วนราชการต่างๆ ซึ่งตามพระราชบัญญัติสภาพัฒนาการและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. ๒๕๓๗ มาตรา ๖๗ และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ในการดำเนินการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยที่เกิดขึ้นในเบื้องต้น เช่น อุทกภัย วาตภัย อัคคีภัย แผ่นดินไหว ตลอดจนภัยอื่นๆ ที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเกิดจากธรรมชาติหรือมีผู้ทำให้เกิดขึ้น ซึ่งล้วนเป็นความเสียหายที่เกิดขึ้นต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน ซึ่งท้องถิ่นจะต้องดำเนินการให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนโดยเร็ว

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : สำนักปลัด งานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย

- ประชาชนยื่นคำร้องขอความช่วยเหลือ/ต่อเจ้าหน้าที่ (ระยะเวลา ๕ นาที)
- เจ้าหน้าที่เสนอเรื่องต่อผู้บังคับบัญชา
- มอบหมายเจ้าหน้าที่เพื่อออกตรวจสอบ/ดำเนินการแก้ไขปัญหาตามข้อร้องเรียน /คำร้องขอความช่วยเหลือพร้อมทั้งรายงานผลการแก้ไขปัญหาให้ผู้บังคับบัญชาทราบตามลำดับขั้น
- ดำเนินการแก้ไขปัญหาให้ผู้ยื่นคำร้องขอความช่วยเหลือ

ระยะเวลา

ภายใน ๑ วันทำการ นับตั้งแต่วันที่เจ้าหน้าที่ได้รับคำร้องขอพร้อมด้วยเอกสารที่เกี่ยวข้องถูกต้องครบถ้วน

หมายเหตุ การชดเชยความเสียหาย หาก อบต.กลุ่มสุขุม มีงบประมาณไม่พอเพียง อบต.กลุ่มสุขุมจะร้องขอไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

๑. แบบฟอร์มคำร้อง	จำนวน	๑	ฉบับ
๒. สำเนาบัตรประชาชน	จำนวน	๑	ฉบับ
๓. สำเนาทะเบียนบ้าน	จำนวน	๑	ฉบับ

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ สำนักปลัด
อบต.กลุ่มสุขุม

โทรศัพท์ : ๐ ๓๔๕๙ ๑๒๐๑

เว็บไซต์ : <http://www.loomsom.go.th>

Facebook : องค์การบริหารส่วนตำบลกลุ่มสุขุม จังหวัดกาญจนบุรี

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แนบท้าย

แบบคำร้องขอรับความช่วยเหลือของผู้ประสบภัย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลลุ่มสุ่ม

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

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

อำเภอ.....จังหวัด.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ได้รับความเดือดร้อนจากเหตุการณ์

อุทกภัย

วาดภัย

อัคคีภัย

ภัยแล้ง

ภัยหนาว

แผ่นดินไหวและอาคารถล่ม

อื่นๆ ระบุ.....

ความรุนแรงและลักษณะของภัย

เล็กน้อย

ปานกลาง

มาก

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

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอความอนุเคราะห์จากองค์การบริหารส่วนตำบลลุ่มสุ่ม ดำเนินการให้ความช่วยเหลือและบรรเทาปัญหาความเดือดร้อนในเบื้องต้น ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

ผู้ประสบภัย

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การสนับสนุนน้ำอุปโภค บริโภค
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กองช่าง องค์การบริหารส่วนตำบลลุ่มสุ่ม

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางให้บริการ

กองช่าง

โทรศัพท์ : ๐ ๓๔๕๕ ๒๑๐๑

โทรสาร : ๐ ๓๔๕๕ ๑๓๗๕

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

ทุกวันไม่เว้นวันหยุดราชการ

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖ ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติราชการ มุ่งให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน โดยยึดประชาชนเป็น ศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน ให้เกิดความผาสุก และความเป็นอยู่ที่ดีของ ประชาชน เกิดผลสัมฤทธิ์ต่องานบริการมี ประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่าในการให้บริการ ไม่มีขั้นตอนปฏิบัติงานเกินความจำเป็น มีการปรับปรุงภารกิจ ให้ทันต่อสถานการณ์ ประชาชนได้รับการอำนวยความสะดวก และได้รับการตอบสนองความต้องการ และมีการ ประเมินผลการให้บริการสม่ำเสมอ องค์การบริหารส่วนตำบลลุ่มสุ่มจึงได้ดำเนินการกิจให้บริการน้ำในการอุปโภค บริโภค โดยการนำรถบรรทุกน้ำออกช่วยเหลือบรรเทาปัญหาความเดือดร้อนให้กับประชาชนในตำบล ที่ประสบ ปัญหาขาดแคลนน้ำ เนื่องจากภาวะภัยแล้ง หรือระบบการซ่อมแซมถังน้ำซึ่งระบบประปาหมู่บ้านยังไม่ครอบคลุม ทั่วถึง ระบบประปาหมู่บ้านขัดข้องชั่วคราวอยู่ระหว่างการซ่อมแซมรวมถึงถังน้ำกลางประจำหมู่บ้าน

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : กองช่าง

1. ผู้ยื่นคำร้องขอสนับสนุนน้ำอุปโภค บริโภค ต่อเจ้าหน้าที่ (ระยะเวลา ๕ นาที)
2. พนักงานเจ้าหน้าที่รับคำร้องเสนอต่อผู้บริหารเพื่อขออนุมัติคำขอ (ระยะเวลา ๑๐ นาที)
3. กรณีรถบรรทุกน้ำว่างจะดำเนินการจัดส่งได้ทันที/กรณีรถบรรทุกน้ำไม่ว่างจะพิจารณาจัดส่ง ตามลำดับให้เสร็จสิ้นทุกราย

หมายเหตุ หากเกิดภัยแล้งอย่างกว้างขวาง อบต.ลุ่มสุ่ม มีรถบรรทุกน้ำไม่พอเพียง อบต.ลุ่มสุ่ม จะขอความร่วมมือ ไปยังสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

ระยะเวลา

ระยะเวลาทั้งสิ้นไม่เกินครึ่งวันต่อราย นับแต่วันให้บริการ

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

คำร้องขอสนับสนุนน้ำอุปโภค บริโภค

จำนวน

๑

ฉบับ

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ สำนักปลัด อบต.ลุ่มสุ่ม

โทรศัพท์ : ๐ ๓๔๕๕ ๑๒๐๑

เว็บไซต์ : <http://www.loomsom.go.th>

Facebook : องค์การบริหารส่วนตำบลลุ่มสุ่ม จังหวัดกาญจนบุรี

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แนบท้าย

ที่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตำบลลุ่มสุ่ม อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์น้ำอุปโภค บริโภค

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลลุ่มสุ่ม

ด้วย ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ปัจจุบัน
อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบลลุ่มสุ่ม อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี ได้ประสบ
ปัญหาขาดแคลนน้ำอุปโภค บริโภค เหตุผลเนื่องจาก.....
.....
.....
.....

ดังนั้น จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลลุ่มสุ่ม จัดส่งน้ำอุปโภค บริโภค
เพื่อแก้ไขปัญหาความเดือดร้อน ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....
(.....)

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลกลุ่มสุขุม

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
งานพัฒนาชุมชน โทรศัพท์ : ๐ ๓๔๕๕ ๒๑๐๑ โทรสาร : ๐ ๓๔๕๕ ๑๓๗๕	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ทุกวัน ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. (ตั้งแต่วันที่ ๑ - ๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี)

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบลกลุ่มสุขุม รับขึ้นทะเบียนทุกเดือนพฤศจิกายนของทุกปี (ตั้งแต่วันที่ ๑ - ๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี) ในวันและเวลาราชการ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

- สัญชาติไทย
- มีอายุ ๕๕ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (ในกรณีที่ทะเบียนราษฎรระบุเฉพาะปีเกิด ให้ถือว่าบุคคลนั้นเกิดวันที่ ๑ มกราคมของปีนั้น เช่น เกิด พ.ศ. ๒๔๙๗ ให้ถือว่าเกิดวันที่ ๑ มกราคม ๒๔๙๗)
- มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลกลุ่มสุขุม
- ไม่เป็นผู้ที่ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือเทศบาล อบต. ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ที่ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือเทศบาล อบต. จัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบ

กรณีผู้ยื่นเอกสารแทน

สามารถยื่นเอกสารแทนผู้สูงอายุได้ และหากผู้สูงอายุมีความประสงค์โอนเงินเข้าบัญชีผู้อื่น ต้องมีหนังสือมอบอำนาจ ตัวจริงพร้อมสำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ อย่างละ ๑ ชุด ผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนไว้ ตั้งแต่วันที่ ๑- ๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพ เริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคมของปีถัดไป (ไม่มีการจ่ายย้อนหลัง)

หลักเกณฑ์การรับเงินแบ่งตามอายุ ดังนี้

- ปัจจุบันได้จ่ายแบบขั้นบันได ดังนี้
- อายุ ๖๐ -๖๙ ปี จะได้รับ ๖๐๐ บาท
 - อายุ ๗๐ -๗๙ ปี จะได้รับ ๗๐๐ บาท
 - อายุ ๘๐ -๘๙ ปี จะได้รับ ๘๐๐ บาท
 - อายุ ๙๐ ปีขึ้นไป จะได้รับ ๑,๐๐๐ บาท

หมายเหตุ ในกรณีผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุย้ายทะเบียนบ้านให้เทศบาล หรือ อบต. ที่เคยจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเดิมยังคงจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตนกว่าจะสิ้นสุดปีงบประมาณนั้น คือ เดือนกันยายน หากมีความประสงค์จะรับเบี้ยยังชีพกับเทศบาล หรือ อบต. แห่งใหม่ ต้องไปจดทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพที่เทศบาลหรือ อบต. แห่งใหม่ ภายในวันที่ ๑ -๓๐ พฤศจิกายนของทุกปี และเริ่มรับเงินที่ใหม่ในเดือนตุลาคม ของปีถัดไป

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : งานพัฒนาชุมชน

๑. ผู้รับทะเบียนยื่นเอกสารขอรับใบลงทะเบียน
๒. เจ้าหน้าที่รับเอกสารและตรวจสอบคุณสมบัติ
๓. เช็กสถานะเอกสารที่ได้รับว่าตรงตามหลักเกณฑ์หรือไม่
๔. รับลงทะเบียนผู้รับบริการ
๕. เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียนเซ็นรับรองความถูกต้อง
๖. ฉีกเอกสารแนบท้ายเพื่อยืนยันว่าขึ้นทะเบียนแล้ว
(รวมระยะเวลาทั้งสิ้นไม่เกิน ๑๕ นาที/ราย)

ระยะเวลา

- ระยะเวลาทั้งสิ้น ๑๕ นาที/ราย
- ระยะเวลาขึ้นทะเบียน ๓๐ วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ชุด
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ชุด
๓. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย และธนาคาร ธกส. จำนวน ๑ ชุด
๔. การยื่นคำขอรับการสงเคราะห์
๕. สามารถยื่นเอกสารได้ด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อื่นแทนได้

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ สำนักปลัด อบต.ลุ่มสุ่ม

โทรศัพท์ : ๐ ๓๔๕๕ ๑๒๐๑

เว็บไซต์ : <http://www.loomsom.go.th>

Facebook : องค์การบริหารส่วนตำบลลุ่มสุ่ม จังหวัดกาญจนบุรี

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แนบท้าย

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>ได้ตรวจสอบคุณสมบัติหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□□-□□□□□□□□-□□□□□ ของนาย/นาง/นางสาว.....แล้ว ดังนี้</p> <p>(ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลลุ่มสุ่ม</p> <p>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมี ความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน</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>(ลงชื่อ) ต.ต. (ช่วง นาคทองคำ) นายกองค้การบริหารส่วนตำบลลุ่มสุ่ม วัน/เดือน/ปี.....</p>	

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 255... โดยจะได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 255... ถึง เดือนกันยายน 255... ในอัตราแบบขั้นบันได ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น (ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 255... ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 255...) จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายน 255... ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาลิทธิให้ต่อเนื่อง

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
 เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....
 อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
 เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....
 อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจ.....แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่า
 ข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การขึ้นทะเบียนผู้พิการ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลลุ่มสุ่ม

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางให้บริการ

งานพัฒนาชุมชน

โทรศัพท์ : ๐ ๓๔๕๕ ๒๑๐๑

โทรสาร : ๐ ๓๔๕๕ ๑๓๗๕

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ทุกวัน

ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

(ตั้งแต่วันที่ ๑ - ๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี)

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับเบี้ยความพิการ องค์การบริหารส่วนตำบลลุ่มสุ่มรับขึ้นทะเบียนทุกเดือน พฤศจิกายน ของทุกปี (ตั้งแต่วันที่ ๑ - ๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี) ในวันและเวลาราชการ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการ

๑. สัญชาติไทย
๒. มีบัตรประจำตัวคนพิการ
๓. มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎรในเขตตำบลลุ่มสุ่ม
๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ
๕. ในกรณีผู้พิการเป็นผู้ซึ่งต้องขังหรือจำคุกอยู่ในเรือนจำ ทัดตสถาน หรือสถานคุมขังของกรมราชทัณฑ์ หรือเป็นผู้ซึ่งถูกควบคุมอยู่ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน หรือศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน ให้ไปลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการต่อผู้บังคับบัญชาการ หรือผู้อำนวยการตามสถานที่ที่อยู่

ผู้พิการที่ขึ้นทะเบียนไว้ ตั้งแต่วันที่ ๑ - ๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี จะได้รับเงินเบี้ยความพิการ เริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม ของปีถัดไป (ไม่มีการจ่ายย้อนหลัง)

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : งานพัฒนาชุมชน

๑. ผู้รับทะเบียนยื่นเอกสารขอรับใบลงทะเบียน
๒. เจ้าหน้าที่รับเอกสารและตรวจสอบข้อมูล
๓. เช็คสถานะเอกสารที่ได้รับว่าตรงตามหลักเกณฑ์หรือไม่
๔. รับลงทะเบียนผู้รับบริการ
๕. เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียนเซ็นรับรองความถูกต้อง
๖. ฉีกเอกสารแนบท้ายเพื่อยืนยันว่าขึ้นทะเบียนแล้ว
(รวมระยะเวลาทั้งสิ้นไม่เกิน ๑๕ นาที/ราย)

ระยะเวลา

- ระยะเวลา ๑๕ นาที/ราย
- ระยะเวลาขึ้นทะเบียน ๓๐ วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ชุด
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ชุด
๓. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย หรือ ธนาคาร ธกส. จำนวน ๑ ชุด
๔. การยื่นคำขอรับการสงเคราะห์สามารถยื่นเอกสารได้ด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อื่นแทนได้

หลักฐานสำหรับผู้อื่นที่มายื่นแทน

- | | |
|-----------------------------|-------------|
| ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน ๑ ชุด |
| ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน ๑ ชุด |
| ๓. หนังสือมอบอำนาจ | จำนวน ๑ ชุด |

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ สำนักปลัด อบต.ลุ่มสุ่ม

โทรศัพท์ : ๐ ๓๔๕๕ ๑๒๐๑

เว็บไซต์ : <http://www.loomsom.go.th>

Facebook : องค์การบริหารส่วนตำบลลุ่มสุ่ม จังหวัดกาญจนบุรี

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แนบท้าย

- 2 -

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>ได้ตรวจสอบคุณสมบัติหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□□-□□□□□□-□□□□□□ ของนาย/นาง/นางสาวนางสาว.....แล้ว ดังนี้</p> <p>(ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลลุ่มสุ่ม</p> <p>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมี ความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน</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>(ลงชื่อ) ด.ต. (ช่วง นาคทองคำ) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลลุ่มสุ่ม วัน/เดือน/ปี.....</p>	

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....)

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 255.... โดยจะได้รับเบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึง เดือนกันยายน ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น (ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม... ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน... จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายน 255... ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีห์ให้ต่อเนื่อง

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
 เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....
 อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
 เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....
 อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจ.....แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ
 ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่า
 ข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การยื่นคำขอทำบัตรประจำตัวผู้พิการ (ส่งเรื่องต่อ พมจ.)
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลลุ่มสุ่ม

สถานที่/ช่องทางให้บริการ

งานพัฒนาชุมชน

โทรศัพท์ : ๐ ๓๔๕๕ ๒๑๐๑

โทรสาร : ๐ ๓๔๕๕ ๑๓๗๕

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ทุกวัน

ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.

(ตั้งแต่วันที่ ๑ - ๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี)

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

การจัดบริการสาธารณะเป็นภารกิจสำคัญที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องดำเนินการทั้งตามอำนาจหน้าที่และที่ได้รับถ่ายโอนจากส่วนราชการต่างๆซึ่งตามพระราชบัญญัติสภาพัฒนาการและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. ๒๕๓๗ มาตรา ๖๗ (๖) และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ มาตรา ๑๖ (๑๐) กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอำนาจและหน้าที่ในการดำเนินการสังคมสงเคราะห์ และการพัฒนาคุณภาพเด็ก สตรี คนชรา คนพิการและผู้ด้อยโอกาส ให้ได้รับความคุ้มครองที่เท่าเทียมกัน ตามหลักสิทธิมนุษยชน และการมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะของประชาชนในท้องถิ่น

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : งานพัฒนาชุมชน

๑. ประชาชนยื่นเอกสารแบบคำขอ
๒. เจ้าหน้าที่รับและตรวจสอบความถูกต้องเอกสาร
๓. เจ้าหน้าที่ส่งเรื่องต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกาญจนบุรี

ระยะเวลา

- ระยะเวลา ๑๕ นาที/ราย
- ส่งต่อ พมจ. ภายใน ๑ วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ชุด
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ชุด
๓. รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
๔. ใบรับรองเป็นผู้พิการจากแพทย์

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ สำนักปลัด อบต.ลุ่มสุ่ม

โทรศัพท์ : ๐ ๓๔๕๕ ๑๒๐๑

เว็บไซต์ : <http://www.loomsom.go.th>

Facebook : องค์การบริหารส่วนตำบลลุ่มสุ่ม จังหวัดกาญจนบุรี

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แนบท้าย

001005



แบบคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ

ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐

และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖

เพื่อประโยชน์ของการได้รับสิทธิและสวัสดิการตามกฎหมาย
รวมถึงผลประโยชน์อื่นใด กรุณาให้ข้อมูล ข้อเท็จจริง ที่ถูกต้องและครบถ้วน



สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

รายละเอียดประกอบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปคนพิการ ขนาด ๑ นิ้ว อายุไม่เกิน ๖ เดือน
--

หน่วยงานรับคำขอ.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

๑. การขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

- ขอมีบัตรครั้งแรก
- ขอมีบัตรใหม่เนื่องจาก บัตรเดิมหมดอายุ ขำรด
- สูญหาย มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ
- ขอมีบัตรตลอดชีพ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ มีความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์

๒. เอกสารหลักฐานที่ใช้ในการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ ดังนี้

๒.๑ เอกสารของคนพิการ

- (๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาสูติบัตร หรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้ จำนวน ๑ ฉบับ
- (๒) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
- (๓) รูปถ่ายคนพิการขนาด ๑ นิ้ว ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๒ รูป (ในกรณีที่คนพิการไม่ได้มายื่นคำขอด้วยตนเอง)
- (๔) เอกสารรับรองความพิการซึ่งรับรองโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลเอกชนที่ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ประกาศกำหนด
- (๕) รูปถ่ายสภาพความพิการ กรณีคนพิการมีสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอพิจารณาสภาพความพิการ และถ่ายสภาพความพิการไว้เป็นหลักฐาน โดยไม่ต้องมีเอกสารรับรองความพิการ
- (๖) กรณีคนพิการไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน แต่มีหลักฐานตามทะเบียนบ้านว่ามีสัญชาติไทยและมีเลขบัตรประจำตัวประชาชน ให้เจ้าหน้าที่รับคำขอบันทึกปากคำเจ้าบ้านหรือพยานบุคคล เพื่อยืนยันว่าเป็นบุคคลเดียวกับบุคคลที่มีชื่อตามทะเบียนบ้าน

๒.๒ เอกสารของผู้ดูแลคนพิการ

- (๗) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้
- (๘) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
- (๙) หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ โดยข้าราชการ หรือลูกจ้างประจำ หรือพนักงานราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือสมาชิกสภาท้องถิ่น หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือประธานชุมชน รับรองว่าบุคคลนั้นเป็นผู้ดูแลจริง โดยแนบสำเนาบัตรประจำตัวที่ทางราชการออกให้ไว้เป็นหลักฐานการรับรองด้วย

๒.๓ กรณียื่นคำขอมีบัตรฯ แทนคนพิการ

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

ชื่อ..... นามสกุล.....

ที่อยู่ตามทะเบียนเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร.....

ความสัมพันธ์กับคนพิการ ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล ผู้ดูแลคนพิการ อื่น ๆ (ระบุ).....

สำเนาเอกสารหลักฐานของคนพิการ ตามข้อ ๑ - ข้อ ๔

สำเนาเอกสารหลักฐานของผู้ดูแลคนพิการ ตามข้อ ๗ - ข้อ ๙

หลักฐานอื่น ๆ ที่แสดงให้เห็นว่าได้รับมอบอำนาจจากคนพิการ หรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับคนพิการ เนื่องจากเป็นผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ดูแลคนพิการ (เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอเป็นผู้พิจารณา)

๓. ข้อมูลคนพิการ

๓.๑ คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่น ๆ (ระบุ).....

๓.๒ ชื่อ..... นามสกุล.....

๓.๓ เกิดเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

๓.๔ สัญชาติ ไทย เลขประจำตัวประชาชน - - - -

เลขประจำตัวอื่น ๆ (ถ้ามี)

๓.๕ ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่น ๆ (ระบุ).....

๓.๖ สถานภาพสมรส โสด สมรสอยู่ด้วยกัน สมรสแยกกันอยู่ อยู่ด้วยกันโดยไม่สมรส

หม้ายคู่สมรสเสียชีวิต หม้ายหย่าร้าง อื่น ๆ (ระบุ).....

๓.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร.....

e-mail address.....

๓.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร.....

๓.๙ การศึกษา

ไม่ได้เรียน (ข้ามไปทำข้อ ๑.๑๐) เรียน (ระบุวุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด)

ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย

อาชีวศึกษา (ปวช.) ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

ประกาศนียบัตรวิชาชีพครูเทคนิคชั้นสูง (ปทส.)

อุดมศึกษา อนุปริญญา สาขา.....

ปริญญาตรี สาขา.....

สูงกว่าปริญญาตรี วุฒิ..... สาขา.....

การศึกษาของสงฆ์ ระบุ.....

อื่น ๆ (ระบุ).....

๓.๑๐ อาชีพ

- ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ (เนื่องจากพิการมากช่วยเหลือตนเองไม่ได้)
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....
- ประกอบอาชีพ (ระบุ)
- เกษตรกรรม ระบุ.....
- รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....
- ลูกจ้างเอกชน ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....
- รับจ้างทั่วไป ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....
- ประกอบกิจการส่วนตัว/อาชีพอิสระ ระบุ.....
- อาชีพอื่น ๆ (ระบุ)

๓.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ

- ไม่มีรายได้ มีรายได้.....บาท/เดือน

๓.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว)

๓.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี) คน

๔. ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

๔.๑ ผู้ดูแลคนพิการ มี ไม่มี (ข้ามไปทำข้อ ๕)

๔.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ เพิ่มผู้ดูแล เปลี่ยนผู้ดูแล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(๑) คำนำนาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่น ๆ (ระบุ).....

(๒) ชื่อ..... นามสกุล.....

(๓) สัญชาติไทย เลขประจำตัวประชาชน ----
 สัญชาติอื่น ๆ (ระบุ)..... เลขประจำตัวอื่น ๆ (เช่น หนังสือเดินทาง).....

(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ บิดา/มารดา บุตร สามเณร/ภรรยา พี่/น้อง
 ปู่/ย่า/ตา/ยาย ลุง/ป้า/น้า/อา บุคคลอื่น ๆ (ระบุ).....

(๕) ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
 หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....
 โทรสาร..... e-mail address.....

(๖) รายได้ต่อเดือน ไม่มีรายได้ มีรายได้.....บาท/เดือน

๔.๓ ผู้ดูแลคนพิการประสงค์ที่จะได้รับการสนับสนุนจากรัฐในเรื่องใด (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

การส่งเสริมการประกอบอาชีพ การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนพิการ

การลดหย่อนภาษี การจัดให้มีผู้ช่วยเหลือ/บุคลากรที่เกี่ยวข้องสนับสนุนบางเวลา

การช่วยเหลือสวัสดิการอื่น ๆ อื่น ๆ (ระบุ).....

๔ | แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

๕. คนพิการมีความต้องการที่จะได้รับสิทธิในเรื่องใดต่อไปนี้

๕.๑ การบริการด้านแพทย์และสาธารณสุข

- ไม่ต้องการรับบริการ ได้รับบริการแล้ว (ระบุ).....
- ยังไม่ได้รับบริการ และต้องการรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)
- บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ค่ารักษาพยาบาล
- กายอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการหรือสื่อส่งเสริมพัฒนาการ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕.๒ การบริการด้านการศึกษาสำหรับคนพิการ

- ไม่ต้องการรับบริการ ได้รับบริการแล้ว ระบุ.....
- ยังไม่ได้รับบริการ และต้องการรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)
- จัดหาสถานศึกษาให้เข้าเรียน สนับสนุนทุนการศึกษา
- สนับสนุนอุปกรณ์ทางการศึกษาหรือสื่อทางเลือกอื่น ๆ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕.๓ การบริการด้านประกอบอาชีพและการมีงานทำ

- ไม่ต้องการรับบริการ ได้รับบริการแล้ว (ระบุ).....
- ยังไม่ได้รับบริการ และต้องการรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)
- การฝึกอบรมวิชาชีพ การประกอบอาชีพอิสระ
- การจัดหางานในสถานประกอบการเอกชน การจัดหางานในหน่วยงานของรัฐ
- การสนับสนุนทุนประกอบอาชีพ อื่น ๆ (ระบุ).....

๕.๔ การได้รับสวัสดิการสังคมจากรัฐ

- ไม่ต้องการรับบริการ ได้รับบริการแล้ว (ระบุ).....
- ยังไม่ได้รับบริการ และต้องการรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)
- การจัดให้มีผู้ช่วยคนพิการ การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวก
- สวัสดิการเบียดความพิการ การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย
- การให้บริการล่ามภาษามือ การลดหย่อนภาษี/ค่าบริการจากรายได้
- การส่งเสริมการอุปการะเลี้ยงดู การสนับสนุนความเข้มแข็งขององค์กรด้านคนพิการ
- การสนับสนุนสามล้อยก เทคโนโลยีสารสนเทศ การสื่อสาร และโทรคมนาคม
- หรือรถเข็นสำหรับคนพิการ
- การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกีฬา นันทนาการ การกั้มเงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
- การร้องขอให้มีการจัดการเลือกปฏิบัติและช่วยเหลือทางกฎหมาย อื่น ๆ (ระบุ).....

๕.๕ สภาพความเดือดร้อนของคนพิการ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีงานทำ ไม่มีรายได้
- ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ ไม่มีโอกาสเรียนหนังสือ ไม่ได้รับการฝึกอาชีพ
- ไม่มีเงินทุนประกอบอาชีพ มีรายได้ไม่พอแก่การครองชีพ ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู
- ครอบครัวหรือผู้อุปการะมีฐานะยากจน ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- มีความลำบากเมื่อออกนอกบ้าน เช่น การเดินทางบนท้องถนน หรือไปติดต่อสถานที่ราชการ
- ถูกกีดกันไม่ให้มีโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม เรื่องอื่น ๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ยินยอม ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของคณพิการและผู้ดูแลคณพิการ เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคณพิการต่อไปได้

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้ยื่นคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรประจำตัวคณพิการครบถ้วน และเห็นควรให้ออกบัตรประจำตัวคณพิการได้

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

- อนุมัติออกบัตรประจำตัวคณพิการ ตามแบบคำขอมีบัตรฯ
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....
- ความเห็นอื่น ๆ

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

แบบและรายละเอียดของสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์

สถานที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

ได้ประเมิน ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

พบว่า มีความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ ตามประกาศสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ เรื่อง แบบและรายละเอียดของสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ พร้อมทั้งได้แนบภาพถ่ายมาด้วย ดังนี้

๑. ประเภทความพิการทางการเห็น
 - ไม่มีลูกตาสองข้าง
 - ไม่มีลูกตาดำทั้งสองข้าง
 - ลูกตาสีขาวขุ่นทั้งสองข้าง
 - ลูกตาฝ่อทั้งสองข้าง
๒. ประเภทความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
 - ไม่มีหูทั้งสองข้าง
๓. ประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
 - แขนขาดตั้งแต่ระดับข้อมือขึ้นไป อย่างน้อยหนึ่งข้าง
 - ขาขาดตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นไป อย่างน้อยหนึ่งข้าง

การเกิดความพิการ

- ตั้งแต่เกิด ภายหลัง จำนวน.....ปีเดือน

สาเหตุของความพิการ

- กรรมพันธุ์ โรคติดเชื้อ อุบัติเหตุ
 โรคอื่น ๆ ระบุ..... ไม่ทราบสาเหตุ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ชื่อผู้รับรอง).....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการ/บัตรประจำตัวพนักงาน เลขที่.....

ตำแหน่ง..... ออกให้โดย.....

วันหมดอายุ..... มีสถานภาพเป็น

- กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกสภาท้องถิ่น
 ประธานชุมชน พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ (ของหน่วยงานราชการ, รัฐวิสาหกิจ)

อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....

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

โทรศัพท์..... ซึ่งอาศัย หรือปฏิบัติหน้าที่ อยู่ในพื้นที่เดียวกันกับคนพิการพักอาศัยอยู่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า (ชื่อผู้ดูแล).....

เป็นผู้ดูแลคนพิการชื่อ (ชื่อคนพิการ)..... เลขประจำตัวประชาชน

.....จริง โดยผู้ดูแลคนพิการ มีความเกี่ยวพันเป็น.....

กับคนพิการ และเป็นผู้ดูแลคนพิการจริง ทั้งนี้เพื่อให้ใช้หนังสือรับรองฉบับนี้เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา

- ออกบัตรประจำตัวคนพิการ เปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ :

- แบบบัตรประจำตัวข้าราชการ พนักงานฯ ลูกจ้างประจำ ประธานชุมชน พร้อมรับรองสำเนาเอกสารหลักฐานให้ครบถ้วน

- การรับรองเอกสารอันเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี (ส่งเรื่องต่อ พมจ.)
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลลุ่มสุม

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางให้บริการ

งานพัฒนาชุมชน

โทรศัพท์ : ๐ ๓๔๕๙ ๒๐๐๑

โทรสาร : ๐ ๓๔๕๙ ๑๓๗๕

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ทุกวัน

ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

การจัดบริการสาธารณะเป็นภารกิจสำคัญที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องดำเนินการทั้งตามอำนาจหน้าที่และที่ได้รับถ่ายโอนจากส่วนราชการต่างๆซึ่งตามพระราชบัญญัติสภาพัฒนาการและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.๒๕๓๗ มาตรา ๖๗(๖) และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๒ มาตรา ๑๖(๑๐)กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอำนาจและหน้าที่ในการดำเนินการสังคมสงเคราะห์ และการพัฒนาคุณภาพเด็ก สตรี คนชรา คนพิการและผู้ด้อยโอกาส ให้ได้รับความคุ้มครองที่เท่าเทียมกัน ตามหลักสิทธิมนุษยชน และการมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะของประชาชนในท้องถิ่น

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ : งานพัฒนาชุมชน

- ประชาชนยื่นเอกสารแบบคำขอ
- เจ้าหน้าที่รับและตรวจสอบความถูกต้องเอกสาร
เจ้าหน้าที่ส่งเรื่องต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกาญจนบุรี
(รวมระยะเวลาทั้งสิ้นไม่เกิน ๑๕ นาที/ราย)

ระยะเวลา

- ระยะเวลา ๑๕ นาที/ราย
- ส่งเรื่องให้ พมจ. ภายใน ๑ วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน ใบมรณะบัตร อย่างละ ๑ ฉบับ โดยให้ผู้ขอรับค่าจัดการศพรับรองสำเนาทุกฉบับ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน ผู้ยื่นขอรับค่าจัดการศพ อย่างละ ๑ ฉบับ
- หนังสือรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพ จำนวน ๑ ฉบับ (ผู้รับรอง ได้แก่ กำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน)

หมายเหตุ ผู้ที่มีสิทธิที่จะได้รับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุ ต้องเป็นผู้ที่ไม่ผ่านเกณฑ์การสำรวจข้อมูลจปฐ.

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ สำนักปลัด
อบต.ลุ่มสุ่ม

โทรศัพท์ : ๐ ๓๔๕๙ ๑๒๐๑

เว็บไซต์ : <http://www.loomsom.go.th>

Facebook : องค์การบริหารส่วนตำบลลุ่มสุ่ม จังหวัดกาญจนบุรี

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แนบท้าย



แบบ สทส.01

แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

เขียนที่.....

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อมูลผู้รับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี วันเดือนปีเกิด.....

เลขประจำตัวประชาชน

ออกให้โดย..... วันออกบัตร..... วันหมดอายุ..... อาชีพ

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

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

โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....

มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรมในฐานะเป็น..... และเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุโดยได้รับความยินยอมจากบิดา/มารดา/บุตร/พี่น้อง/เครือญาติ/ของผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรมให้เป็น

ผู้รับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุของ (นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ

ปี

วันเดือนปีเกิด..... เลขประจำตัวประชาชน

ออกให้โดย..... วันออกบัตร..... วันหมดอายุ.....

ผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรม อยู่ในครอบครัวที่ยากจนตามข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) กรมการพัฒนาชุมชน

กระทรวงมหาดไทย หรือกรุงเทพมหานคร หรือเมืองพัทยา

 ไม่มีญาติ หรือมีแต่ไม่สามารถจัดการศพตามประเพณีได้ ผู้สูงอายุยากจนและไม่ได้รับการสำรวจข้อมูลความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ.) กรมการพัฒนา

ชุมชน กระทรวงมหาดไทย หรือกรุงเทพมหานคร หรือเมืองพัทยา ให้นายกเทศมนตรี หรือ

นายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือประธานชุมชน หรือผู้อำนวยการ

สำนักงานเขต หรือนายอำเภอ หรือนายกเมืองพัทยา ให้การรับรอง

โดยอาศัยอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน

ตรอก/ซอย.....

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

รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....

ถึงแก่กรรมด้วยสาเหตุ..... เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ตามใบมรณบัตรเลขที่..... ออกให้โดย..... เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ขอยื่นคำขอรับการสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุรายนี้ พร้อมเอกสารดังต่อไปนี้

 ใบมรณบัตรของผู้สูงอายุ พร้อมสำเนา 1 ฉบับ บัตรประจำตัวของผู้ยื่นคำขอ พร้อมสำเนา 1 ฉบับ อื่นๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าไม่เคยได้รับเงิน

สงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุรายนี้มาก่อน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้

ดำเนินการตามกฎหมาย

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

.....

วันที่...../...../.....