**คู่มือสำหรับประชาชน: การออกใบอนุญาตจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไป**

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมหาสารคาม

กระทรวง: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

1. **ชื่อกระบวนงาน**: การออกใบอนุญาตจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไป
2. **หน่วยงานเจ้าของกระบวนงาน:** สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมหาสารคาม
3. **ประเภทของงานบริการ:** กระบวนงานบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. **หมวดหมู่ของงานบริการ:** อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
5. **กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1) | พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 |
| 2) | ระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับศูนย์บริการคนพิการ พ.ศ.2556 |

1. **ระดับผลกระทบ:** บริการทั่วไป
2. **พื้นที่ให้บริการ:** ส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค
3. **กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา** ระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับศูนย์บริการคนพิการ พ.ศ. 2556

**ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ** 90 วัน

1. **ข้อมูลสถิติ**

**จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน** 1

**จำนวนคำขอที่มากที่สุด** 2

**จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด** 0

1. **ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน** การออกใบอนุญาตจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไป สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมหาสารคาม
2. **ช่องทางการให้บริการ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1) | **สถานที่ให้บริการ** ศูนย์บริการคนพิการกรุงเทพมหานคร กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เลขที่ 255 อาคาร 60 ปี กรมประชาสงเคราะห์ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทร.02 354 3388 ต่อ 128/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน  **ระยะเวลาเปิดให้บริการ** เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)  **หมายเหตุ** - |
| 2) | **สถานที่ให้บริการ** สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมหาสารคาม ศาลากลางจังหวัดมหาสารคาม ชั้น 1 ถนนเลี่ยงเมืองมหาสารคาม - ร้อยเอ็ด ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โทร 043 777121 แฟกส์ 043 777577/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน  **ระยะเวลาเปิดให้บริการ** เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)  **หมายเหตุ** - |

1. **หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต**

หลักเกณฑ์การยื่นคำร้องขอจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไป  
  
1. กรณีราชการส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานภาครัฐเป็นผู้ยื่นคำร้องขอ ให้ผู้มีอำนาจทำการแทนองค์กรเป็นผู้ยื่นคำร้อง ขอจัดตั้งต่ออธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ หรือผู้ว่าราชการจังหวัด แล้วแต่กรณี ตามแบบคำร้องขอจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไป (แบบ ศบ.1-ท) พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำร้องขอ ดังนี้  
 1.1 ร่างข้อบังคับ/ระเบียบของศูนย์บริการคนพิการ  
 1.2 รายชื่อผู้ดำเนินการศูนย์บริการคนพิการ  
 1.3 แผนผังแสดงที่ตั้งของศูนย์บริการคนพิการ  
  
2. กรณีองค์กรด้านคนพิการ หรือองค์กรอื่นใด ที่ให้บริการแก่คนพิการซึ่งได้รับการรับรองมาตรฐานตามมาตรา 6(10) เป็นผู้ยื่นคำขอ ให้ผู้มีอำนาจทำการแทนองค์กร เป็นผู้ยื่นคำร้องขอจัดตั้งต่ออธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ หรือผู้ว่าราชการจังหวัด แล้วแต่กรณี ตามแบบคำร้องขอจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไป (แบบ ศบ.1-อ) พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำร้องขอ ดังนี้  
 2.1 ร่างข้อบังคับ/ระเบียบของศูนย์บริการคนพิการ  
 2.2 รายชื่อผู้ดำเนินการศูนย์บริการคนพิการ  
 2.3 แผนผังแสดงที่ตั้งของศูนย์บริการคนพิการ  
 2.4 หลักฐานแสดงกรรมสิทธิ์ หรือสิทธิในการใช้สถานที่และอาคารที่จะขอจัดตั้งเป็นศูนย์ โดยผู้ยื่นคำร้องขอต้องแสดงหนังสือยินยอมจากเจ้าของสถานที่หรืออาคาร ให้ใช้จัดตั้งเป็นศูนย์  
 2.5 ข้อบังคับหรือตราสารขององค์กร  
 2.6 เอกสารที่ได้รับการรับรองมาตรฐานตามมาตรา 6(10) ของพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550  
  
- คุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามผู้ยื่นคำขอจัดตั้งศูนย์ และผู้ดำเนินการศูนย์บริการคนพิการ  
1. อายุไม่ต่ำกว่า 25 ปี และจบการศึกษาไม่ต่ำกว่าภาคบังคับ  
2. มีความประพฤติดี ไม่มีประวัติการกระทำผิดต่อคนพิการหรือละเมิดสิทธิคนพิการ  
3. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่ในความผิดอันได้กระทำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ ซึ่งไม่เป็นความผิดที่คนพิการ หรือองค์กรด้านคนพิการเป็นผู้เสียหาย  
4. ไม่เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ  
  
- ผู้ดำเนินการศูนย์ (คณะกรรมการบริหารศูนย์บริการและผู้จัดการศูนย์บริการ) ต้องมีบุคคลที่มีสัญชาติไทยเกินกึ่งหนึ่ง  
  
- การยื่นคำขอการจัดตั้งศูนย์โดยผู้แทนองค์กรของคนพิการแต่ละประเภทให้คำนึงถึงการให้บริการตามประเภทความพิการ  
  
- สถานที่ยื่นคำร้องขอจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไป  
1. เขตท้องที่กรุงเทพมหานคร : ศูนย์บริการคนพิการกรุงเทพมหานคร กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ  
2. จังหวัดอื่น : ศูนย์บริการคนพิการระดับจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด  
  
เงื่อนไขการยื่นคำร้องขอจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไป  
- องค์กรด้านคนพิการ หรือองค์กรอื่นใดที่จะยื่นคำร้องขอจัดตั้งเป็นศูนย์บริการคนพิการ ต้องเป็นองค์กรด้านคนพิการ หรือองค์กรอื่นใดที่ให้บริการแก่คนพิการที่ได้รับการรับรองมาตรฐานตามมาตรา 6(10) ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556  
  
- ใบอนุญาตมีอายุ 4 ปี นับแต่วันออกใบอนุญาต และให้ผู้ได้รับใบอนุญาตยื่นคำขอต่ออายุก่อนใบอนุญาตหมดอายุอย่างน้อย 30 วัน  
  
หมายเหตุ  
  
\*\* กรณีที่ผู้ยื่นคำขอมายื่นคำร้องขอด้วยตนเอง หากคำขอหรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน และไม่อาจแก้ไข/เพิ่มเติมได้ในขณะนั้น ผู้รับคำขอและผู้ยื่นคำขอจะต้องลงนามบันทึกความบกพร่องและรายการเอกสาร/หลักฐาน ร่วมกัน พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติม หากผู้ยื่นคำขอไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอจะดำเนินการคืนคำขอและเอกสารประกอบการพิจารณา  
  
\*\* กรณีที่ผู้ยื่นคำขอมิได้มายื่นคำร้องขอด้วยตนเอง หากคำขอหรือรายการเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน ผู้รับคำร้องขอจะต้องทำหนังสือแจ้งผู้ยื่นคำร้องขอ ให้ผู้ยื่นคำร้องขอแก้ไขเอกสารให้ถูกต้องหรือครบถ้วน ภายในระยะเวลา 15 วันนับแต่วันที่ได้รับแจ้ง หากผู้ยื่นคำขอไม่ดำเนินการแก้ไข/เพิ่มเติมได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้รับคำขอจะดำเนินการคืนคำขอและเอกสารประกอบการพิจารณา  
  
  
\*\* พนักงานเจ้าหน้าที่จะยังไม่พิจารณาคำขอ และยังไม่นับระยะเวลาดำเนินงาน จนกว่าผู้ยื่นคำขอจะดำเนินการแก้ไขคำขอหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมครบถ้วนตามบันทึกความบกพร่องนั้นเรียบร้อยแล้ว  
  
\*\* ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว  
  
\*\* ทั้งนี้จะมีการแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ยื่นคำขอทราบ ภายใน 7 วัน นับแต่วันที่พิจารณาแล้วเสร็จ

1. **ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ**

| **ที่** | **ประเภทขั้นตอน** | **รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ** | **ระยะเวลาให้บริการ** | **ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ** | **หมายเหตุ** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1) | การตรวจสอบเอกสาร | เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความครบถ้วนของคำร้องและเอกสารหลักฐาน | 1 วัน | สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมหาสารคาม | - |
| 2) | การพิจารณา | - เจ้าหน้าที่พิจารณาความถูกต้องของเอกสารหลักฐานตามระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ - ตรวจสอบ อาคาร สถานที่ สภาพแวดล้อม ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย - เสนอผลการพิจารณาต่อผู้มีอำนาจอนุญาต | 59 วัน | สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมหาสารคาม | - |
| 3) | การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ | - ผู้มีอำนาจอนุญาตพิจารณาลงนามใบอนุญาตจัดตั้ง - เจ้าหน้าที่จัดเตรียมเอกสารที่เกี่ยวกับหลักเกณฑ์และวิธีการที่ให้การสนับสนุนศูนย์ พร้อมทั้งนำส่งใบอนุญาตจัดตั้ง | 30 วัน | สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมหาสารคาม | - |

**ระยะเวลาดำเนินการรวม** 90 วัน

1. **งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว**

ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

1. **รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ**

**15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ**

| **ที่** | **รายการเอกสารยืนยันตัวตน** | **หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร** | **จำนวนเอกสาร ฉบับจริง** | **จำนวนเอกสาร สำเนา** | **หน่วยนับเอกสาร** | **หมายเหตุ** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *ไม่พบเอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ* | | | | | | |

**15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม**

| **ที่** | **รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม** | **หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร** | **จำนวนเอกสาร ฉบับจริง** | **จำนวนเอกสาร สำเนา** | **หน่วยนับเอกสาร** | **หมายเหตุ** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1) | ร่างข้อบังคับ / ระเบียบของศูนย์ | - | 1 | 2 | ฉบับ | (- รับรองสำเนาถูกต้อง - ใช้ใน 2 กรณี 1. กรณีราชการส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานภาครัฐเป็นผู้ยื่นคำร้องขอ 2. กรณีองค์กรด้านคนพิการ หรือองค์กรอื่นใดที่ให้บริการแก่คนพิการ เป็นผู้ยื่นคำขอ) |
| 2) | รายชื่อผู้ดำเนินการศูนย์ | - | 1 | 2 | ฉบับ | (-รับรองสำเนาถูกต้อง - ใช้ใน 2 กรณี 1. กรณีราชการส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานภาครัฐ เป็นผู้ยื่นคำขอ 2. กรณีองค์กรด้านคนพิการหรือองค์กรอื่นใดที่ให้บริการแก่คนพิการ เป็นผู้ยื่นคำขอ) |
| 3) | แผนผังแสดงสถานที่ตั้งศูนย์ | - | 1 | 2 | ฉบับ | (- รับรองสำเนาถูกต้อง - ใช้ใน 2 กรณี 1. กรณีราชการส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานภาครัฐเป็นผู้ยื่นคำร้องขอ  2. กรณีองค์กรด้านคนพิการหรือองค์กรอื่นใดที่ให้บริการแก่คนพิการ เป็นผู้ยื่นคำขอ) |
| 4) | หลักฐานแสดงกรรมสิทธิ์ หรือสิทธิในการใช้สถานที่และอาคาร ที่จะขอจัดตั้งเป็นศูนย์ โดยผู้ยื่นคำร้องขอต้องแสดงหนังสือยินยอมจากเจ้าของสถานที่หรืออาคาร ให้ใช้จัดตั้งเป็นศูนย์ | - | 0 | 2 | ฉบับ | (- รับรองสำเนาถูกต้อง - เอกสารเพิ่มเติมในกรณีองค์กรด้านคนพิการหรือองค์กรอื่นใดที่ให้บริการแก่คนพิการ เป็นผู้ยื่นคำขอ) |
| 5) | ข้อบังคับ หรือตราสารขององค์กร | - | 0 | 2 | ฉบับ | (- รับรองสำเนาถูกต้อง - เอกสารเพิ่มเติมในกรณีองค์กรด้านคนพิการหรือองค์กรอื่นใดที่ให้บริการแก่คนพิการ เป็นผู้ยื่นคำขอ) |
| 6) | เอกสารที่ได้รับการรับรองมาตรฐานตามมาตรา 6(10) ของพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 | กองส่งเสริมสิทธิและสวัสดิการคนพิการ | 0 | 2 | ฉบับ | (- รับรองสำเนาถูกต้อง - เอกสารเพิ่มเติมในกรณีองค์กรด้านคนพิการหรือองค์กรอื่นใดที่ให้บริการแก่คนพิการ เป็นผู้ยื่นคำขอ) |

1. **ค่าธรรมเนียม**

|  |
| --- |
| *ไม่มีข้อมูลค่าธรรมเนียม* |

1. **ช่องทางการร้องเรียน**

|  |  |
| --- | --- |
| 1) | **ช่องทางการร้องเรียน** ศูนย์บริการคนพิการกรุงเทพมหานคร กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เลขที่ 255 อาคาร 60 ปี กรมประชาสงเคราะห์ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทร. 02-354-3388 ต่อ 126 ***หมายเหตุ*** *(วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เวลา 08.30 - 16.30 น.)* |
| 2) | **ช่องทางการร้องเรียน** จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ disabilities@nep.go.th ***หมายเหตุ*** *-* |
| 3) | **ช่องทางการร้องเรียน** เว็บไซต์ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ www.dep.go.th ***หมายเหตุ*** *-* |
| 4) | **ช่องทางการร้องเรียน** สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมหาสารคาม ***หมายเหตุ*** *(ศาลากลางจังหวัดมหาสารคาม ชั้น 1 ถนนเลี่ยงเมืองมหาสารคาม - ร้อยเอ็ด ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โทร 043 777121 แฟกส์ 043 777577)* |
| 5) | **ช่องทางการร้องเรียน** ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ***หมายเหตุ*** *( เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300)* |

1. **ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก**

|  |  |
| --- | --- |
| 1) | แบบคำร้องขอจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไป กรณีราชการส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานภาครัฐเป็นผู้ยื่นคำขอ : แบบ ศบ.1-ท *-* |
| 2) | แบบคำร้องขอจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไป กรณีองค์กรด้านคนพิการ หรือองค์กรอื่นใดที่ให้บริการแก่คนพิการซึ่งได้รับการรับรองมาตรฐานตามมาตรา 6(10) เป็นผู้ยื่นคำขอ : แบบ ศบ.1-อ *-* |
| 3) | รายชื่อคณะกรรมการศูนย์บริการ *-* |

1. **หมายเหตุ**

-

|  |  |
| --- | --- |
| **วันที่พิมพ์** | 25/08/2558 |
| **สถานะ** | รออนุมัติขั้นที่ 2 โดยสำนักงาน ก.พ.ร. (OPDC) |
| **จัดทำโดย** | สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมหาสารคาม สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ |
| **อนุมัติโดย** | - |
| **เผยแพร่โดย** | - |