คู่มือปฏิบัติงานกองสวัสดิการสังคม

★ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
★ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ
★ การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลจันทึก
โทร. ๐-๔๔๗๕-๖๑๘๗ www.Juntuek.go.th

สัญลักษณ์ผู้สูงอายุ

สัญลักษณ์คนพิการ

สัญลักษณ์วันเอดส์โลก

คำนำ

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลจันทึก มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในเขตตำบลจันทึก และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคลเหล่านี้รวมทั้ง มีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ รับลงทะเบียนผู้พิการเพื่อรับเบี้ยความพิการ , รับคำร้องผู้ป่วยเอดส์เพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์การขึ้นทะเบียนเด็กแรกเกิดเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด และการยื่นแบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ ผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุ ให้กับบุคคลดังกล่าว โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะทำให้เกิดความสะดวก รวดเร็ว และถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าว องค์การบริหารส่วนตำบลจันทึก จึงได้จัดทำคู่มือการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียน และยื่นคำขอรับเงินผู้พิการ การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ การขึ้นทะเบียนเด็กแรกเกิดเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด และการยื่นแบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุขึ้น

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลจันทึก หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ประชาชนที่มาขอรับบริการ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการต่อไป

กองสวัสดิการสังคม
ตำบลจันทึก

การรับลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพสูงอายุ

ผู้มีคุณสมบัติได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

(๑) มีสัญชาติไทย

(๒) มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านอยู่ในเขตตำบลจันทึก

(๓) จะมีอายุครบ ๖๐ ปี บริบูรณ์ ปีถัดไป (ปัจจุบัน อายุ ๕๙ ปี)

<u>เกิดก่อนวันที่ ๒ กันยายน</u> (ในกรณีที่ในทะเบียนราษฎรไม่ปรากฏวันที่และเดือนเกิดให้ถือว่าบุคคลนั้นเกิดในวันที่ ๑ มกราคมของปีนั้น) รวมถึงผู้ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาใหม่

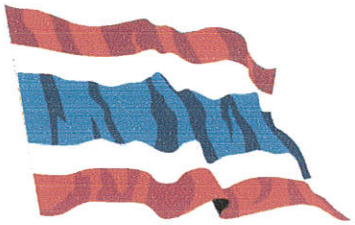
(๔) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดของหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผู้ได้รับเงินเดือนค่าตอบแทนรายได้ประจำหรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้น ผู้พิการตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

***ผู้ที่มีคุณสมบัติดังกล่าวข้างต้น สามารถยื่นคำขอลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุด้วยตนเองได้ที่กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลจันทึก **ระหว่างเดือน ตุลาคม – พฤศจิกายน และ เดือนมกราคม - กันยายน**

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพฯ

ผู้สูงอายุ

ตรวจสอบดูคุณสมบัติของตัวเอง ตามรายการดังนี้



(๑) มีสัญชาติไทย

(๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลจันทึก (ตามทะเบียนบ้าน)

(๓) เป็นผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปี บริบูรณ์ในปีถัดไป (ปัจจุบัน อายุ ๕๙ปี) บริบูรณ์ และต้องเกิดก่อน ๒ กันยายน)

(๔) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใด จากรัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่ได้รับค่าตอบแทนในสถานสงเคราะห์ของรัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้มีรายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.

หมายเหตุ : ผู้สูงอายุรับเบี้ยอยู่แล้วย้ายไปที่อื่น จะทำอย่างไร

กรณีผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพอยู่แล้ว ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น

๑. อปท.เดิมต้องแจ้งผู้สูงอายุให้ไปลงทะเบียนที่ อปท.ใหม่ ภายในเดือนพฤศจิกายน

๒. ในระหว่างปีงบประมาณ อปท. ใดจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่ให้ อปท.นั้นจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อไปจนกว่าจะสิ้นปีงบประมาณ คือ เดือนกันยายน

๓. อปท.ใหม่ที่รับคำร้องลงทะเบียนจากผู้สูงอายุที่ย้ายเข้ามา ต้องจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในปีงบประมาณถัดไป

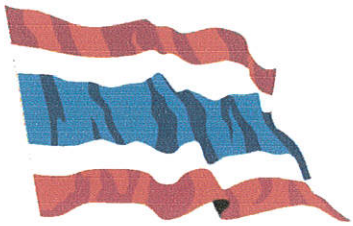
๔. แต่ถ้าผู้สูงอายุท่านนั้น ย้ายไปแล้ว ไม่ไปลงทะเบียนที่อปท.ใหม่ จะทำให้ไม่ได้รับเบี้ยทั้งจาก อปท.เก่า อปท.ใหม่ หากต่อมาได้ไปลงทะเบียนก็ให้ อปท.ใหม่รับลงทะเบียนและจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในปีงบประมาณถัดไป เหมือนข้อ ๓

เพื่อใช้สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพต่อเนื่อง.....ค่ะ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพฯ

ผู้พิการ

ตรวจสอบดูคุณสมบัติของตัวเอง ตามรายการดังนี้

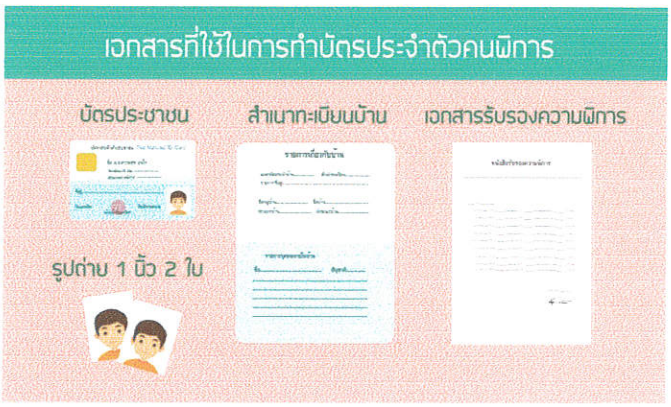


๑. มีสัญชาติไทย

๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลจันทึก (ตามทะเบียนบ้าน)

๓. มีบัตรประจำตัวผู้พิการตามกฎหมายว่าด้วยการสงเสริมคุณภาพชีวิตผู้พิการ

๔. ไม่เป็น บุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ



กรณีได้รับเบี้ยยังชีพผู้พิการอยู่แล้ว
และได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลจันทึก
จะต้องมาขึ้นทะเบียนที่ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลจันทึก อีกครั้งหนึ่ง
เพื่อรับเงินในเดือนถัดไป

เพื่อใช้สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพต่อเนื่อง.....ค่ะ

ตัวอย่างบัตรและสมุดประจำตัวคนพิการ

แบบเก่า

ด้านหน้า

ด้านหลัง

แบบใหม่

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงิน
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม
"แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ"

- บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มี รูปถ่าย พร้อมสำเนา
- ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อม สำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดง ชื่อ และเลขที่บัญชี) สำหรับกรณีผู้ที่ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประสงค์ขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร

หมายเหตุ : ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง **อาจมอบอำนาจ** ให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อที่ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลจันทึก พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

*****ขอรับแบบคำขอขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ และยื่นเอกสารประกอบได้ที่**
กองสวัสดิการสังคม
องค์การบริหารส่วนตำบลจันทึก***

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อ รับเงิน
เบี้ยยังชีพคนพิการ

ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม
"แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ"

- ☺ บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับจริง พร้อมสำเนา
- ☺ ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา
- ☺ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อม สำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดง ชื่อ และเลขที่บัญชี) สำหรับกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ ประสงค์ขอรับเบี้ยยังชีพผ่านธนาคาร

หมายเหตุ : กรณีที่คนพิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง **อาจมอบอำนาจ** เป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทน แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย คนพิการที่เป็นผู้สูงอายุสามารถลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ด้วย

*****ขอรับแบบคำขอขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ และยื่นเอกสารประกอบได้ที่**
กองสวัสดิการสังคม
องค์การบริหารส่วนตำบลจันทึก***

คำชี้แจง

ผู้สูงอายุ ที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพอยู่แล้วในพื้นที่อื่น ภายหลังได้ย้ายทะเบียนบบ้านเข้ามาอยู่ในพื้นที่เขตองค์การบริหารส่วนตำบลจันทึก ให้มาแจ้งขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพต่อที่องค์การบริหารส่วนตำบลจันทึก แต่สิทธิในการรับเงิน ยังคงอยู่ที่เดิมจนสิ้นปีงบประมาณ เช่น

<u>ตัวอย่างเช่น</u> นาง ก. รับเงินเบี้ยยังชีพอยู่ อบต.กุ๊กไก่ ภายหลังได้แจ้งย้ายที่อยู่มาอยู่พื้นที่เขตองค์การบริหารส่วนตำบลจันทึก ในวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๖ นาง ก. ต้องมาขึ้นทะเบียนใหม่ที่องค์การบริหารส่วนตำบลจันทึก ภายในวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ แต่ นาง ก. จะยังคงได้รับเงินเบี้ยยังชีพที่ อบต. กุ๊กไก่ จนถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๖ และมีสิทธิรับเบี้ยยังชีพสูงอายุที่องค์การบริหารส่วนตำบลจันทึก ในเดือนตุลาคม ๒๕๖๖ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๗) เป็นต้นไป

ประกาศรายชื่อ ผู้มีสิทธิรับเงิน
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ

ให้ผู้ที่มายื่นคำร้องรับเบี้ยยังชีพ มาตรวจสอบรายชื่อตามประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์องค์การบริหารส่วนตำบลจันทึก ในวันที่ ๑ ตุลาคม ของทุกปี **(ประกาศรายปี)**

การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ,เอดส์

กำหนดวันจ่ายเงินเบี้ยยังชีพ ภายในวันที่ ๑ – ๑๐ ของเดือน

(ตามความเหมาะสม)

กันยายน September 2566

อา.	จ.	อ.	พ.	พฤ.	ศ.	ส.
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

ช่องทางการรับเงินเบี้ยยังชีพ

ผู้ประสงค์รับเงินผ่านธนาคาร

โอนเข้าบัญชีธนาคารในนาม
ผู้สูงอายุ, คนพิการ หรือ
ผู้รับมอบอำนาจ

ผู้ประสงค์รับเงินสด

ตามจุดที่ได้รับแจ้งไว้ เช่น
กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลจันทึก / ศาลากลางหมู่บ้าน หรือ
ขึ้นอยู่กับความเหมาะสม โดยจะมีการแจ้งให้ทราบล่วงหน้า

รับเงินสดในนามผู้สูงอายุ,
คนพิการ
หรือ ผู้รับมอบอำนาจ

การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได สำหรับผู้สูงอายุ

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับ การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ คิดในอัตราเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได แบบ **"ขั้นบันได" หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วงๆ หรือเป็นขั้น ขึ้นไปเรื่อยๆ โดยเริ่ม ตั้งแต่อายุ ๖๐ ปี**

โดยคำนวณตามปีงบประมาณ
มิใช่ปีปฏิทิน และไม่มีการเพิ่มของอายุระหว่างปี
ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือน
สำหรับผู้สูงอายุ
(แบบขั้นบันได)

ขั้น	ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนเงิน (บาท)
ขั้นที่ ๑	๖๐ – ๖๙ ปี	๖๐๐
ขั้นที่ ๒	๗๐ - ๗๙ ปี	๗๐๐
ขั้นที่ ๓	๘๐ – ๘๙ ปี	๘๐๐
ขั้นที่ ๔	๙๐ ปีขึ้นไป	๑,๐๐๐

<u>ตัวอย่าง</u>

การคิดวันรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖

วัน เดือน ปีเกิด	เดือนที่จะเริ่มรับเงิน	หมายเหตุ
ผู้สูงอายุ ที่เกิดก่อน ๒ กันยายน ๒๕๐๖ - ๑ ตุลาคม ๒๕๐๖ ผส.๖๐ + ผส.ย้าย + เก็บตก	ตุลาคม ๒๕๖๕	ช่วงเดือนที่สามารถรับลงทะเบียนได้แบบออกเป็น ๒ ช่วง <u>ช่วงที่ ๑ เดือน ตุลาคม - พฤศจิกายน จะลงตกหล่นของปีงบ ๖๖</u> ผู้สูงอายุที่ย้ายที่อยู่ การคีย์เข้าระบบจะทำในเดือน พฤศจิกายน พร้อมทั้งคีย์ย้อนหลัง เป็นเดือนที่ต้องแก้ไขข้อมูลที่ผิดทุกอย่าง <u>ช่วงที่ ๒ เดือน มกราคม - กันยายน สามารถลงระบบได้ปกติ</u>
๒ - ๓๑ ตุลาคม ๒๕๐๖ - ๑ พฤศจิกายน ๒๕๐๖	พฤศจิกายน ๒๕๖๖	
๒ - ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๐๖ - ๑ ธันวาคม ๒๕๐๖	ธันวาคม ๒๕๖๖	
๒ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๐๖ - ๑ มกราคม ๒๕๐๗	มกราคม ๒๕๖๗	
๒ - ๓๑ มกราคม ๒๕๐๗ - ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๗	ภุมภาพันธ์ ๒๕๖๗	
๒ - ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๗ - ๑ มีนาคม ๒๕๐๗	มีนาคม ๒๕๖๗	
๒ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๐๗ - ๑ เมษายน ๒๕๐๗	เมษายน ๒๕๖๗	
๒ - ๓๐ เมษายน ๒๕๐๗ - ๑ พฤษภาคม ๒๕๐๗	พฤษภาคม ๒๕๖๗	
๒ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๐๗ - ๑ มิถุนายน ๒๕๐๗	มิถุนายน ๒๕๖๗	
๒ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๐๗ - ๑ กรกฎาคม ๒๕๐๗	กรกฎาคม ๒๕๖๗	
๒ - ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๐๗ - ๑ สิงหาคม ๒๕๐๗	สิงหาคม ๒๕๖๗	
๒ - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๐๗ - ๑ กันยายน ๒๕๐๗	กันยายน ๒๕๖๗	

การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ

๑. ตาย

๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตเทศบาลตำบลจันทึก

๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ

๔. ขาดคุณสมบัติ

หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ,คนพิการ,ผู้ป่วยเอดส์

๑. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง

๒. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพ หรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเป็นเงินสด ต้องมารับเงินให้ตรงตามวัน เวลา ที่กำหนด

๓. เมื่อย้ายภูมิลำเนาจากองค์การบริหารส่วนตำบลจันทึกไปอยู่ภูมิลำเนาอื่นต้องแจ้งข้อมูลเพื่อให้องค์การบริหารส่วนตำบลจันทึกได้รับทราบ

๔. ให้ผู้ที่รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ แสดงการมีชีวิตอยู่ต่อองค์การบริหารส่วนตำบลจันทึกระหว่าง ๑ – ๕ ตุลาคมของทุกปี

๕. **<u>กรณีตาย</u>** ให้ผู้ดูแลหรือญาติของผู้สูงอายุ หรือคนพิการของผู้รับเบี้ยยังชีพแจ้งการตายให้องค์การบริหารส่วนตำบลจันทึกได้รับทราบ (พร้อมสำเนามรณะบัตร) **ภายใน ๗ วัน**

ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ

๑. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสารรับรองความพิการ

๒. ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครราชสีมา (ศาลากลางจังหวัด) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๒.๑ เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยแพทย์เฉพาะทาง (ตัวจริง)

๒.๒ รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป

๒.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๕ ถ้าคนพิการมีผู้ดูแล ให้นำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

๓. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอทำบัตรประจำตัวคนพิการ ให้นำหลักฐาน ตามข้อ ๒.๔ – ๒.๕ มาด้วย

๔. หลังจากได้บัตรประจำตัวคนพิการ ให้มาลงทะเบียนเพื่อรับเบี้ยยังชีพพิการที่กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลจันทึก เพื่อรับเงินเบี้ยพิการในเดือนถัดไป

การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

การดำเนินการต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ สามารถต่อได้ที่สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครราชสีมา (ศาลากลางจังหวัด) โดยใช้เอกสาร ดังต่อไปนี้

๑. บัตรประจำตัวคนพิการ (บัตรเดิม)

๒. รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป

๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านอย่างละ จำนวน ๑ ฉบับ

๔. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการมีผู้ดูแล ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ

๕. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการให้นำหลักฐานตามข้อ ๓ – ๔ มาด้วย

การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ

การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ สามารถติดต่อได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครราชสีมา (ศาลากลางจังหวัด) โดยใช้เอกสาร ดังต่อไปนี้

๑. บัตรประจำตัวคนพิการ (บัตรเดิม)

๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ จำนวน ๑ ฉบับ

๓. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนเดิม ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ

การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ (ต่อ)

๔. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ

๕. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ

๖. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้รับรอง จำนวน ๑ ฉบับ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สท. หรือ ข้าราชการระดับ ๓ ขึ้นไป)

ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิ์ได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดย สถาบันพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลจันทึก

๓. การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่กองสวัสดิการสังคม โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่น ดังนี้

๓.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

๓.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)

๓.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)

๔. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้

ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

๕. กรณีผู้ป่วยเอดส์เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด

๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ถึงเดือนที่ย้ายภูมลำเนา เท่านั้น

๗. กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิต ต้องแจ้งให้กองสวัสดิการสังคมทราบภายใน ๗ วัน

ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่าป่วยเป็น โรคเอดส์ / AIDs เท่านั้น หากระบุว่าป่วยเป็น HIV หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง จะไม่เข้าหลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์

ตัวอย่างแบบฟอร์มคำขอขึ้นทะเบียน

๑. ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๖

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน
ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ขอลงทะเบียน
ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ) .....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ ที่อยู่.....
.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลจันทึก
วันที่..... เดือน.....พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/) ชื่อ..... นามสกุล.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี สัญชาติ..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียน
บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ตำบลแขวง/ จันทึก อำเภอเขต/ ปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา รหัสไปรษณีย์ ๓๐๑๓๐
โทรศัพท์..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ
☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐
สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ.....
รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ ☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ๒๕ .ศ.๖๗ โดยวิธีดังต่อไปนี้
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....(ลงชื่อ) .....(ลงชื่อ)
(.....) (.....)
ผู้ยื่นคำขอผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ/ เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

<u>หมายเหตุ</u> ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นายนางสาว/นาง/ ..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ แล้ว ☐ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก ....(ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลจันทึก คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ .....(ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ .....(ลงชื่อ)..... .....).....) กรรมการ .....(ลงชื่อ) (.....)

คำสั่ง

☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่นๆ.....

.....

(ลงชื่อ).....

(นายสมปอง รอดตุ่น)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลจันทึก

วัน/เดือน/ปี.....

----------(ตัดตามรอยเส้นประให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)----------

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพตั้งแต่เดือน.....พ.ศ. .....ในอัตราขั้นบันได กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่นับตั้งแต่วันที่ย้ายแต่ไม่เกินเดือนพฤศจิกายนของปีนั้นๆเพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ ..... หมู่ที่ .....

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่ลงทะเบียน

(.....)

ตัวอย่างแบบฟอร์มคำขอขึ้นทะเบียน

๑. ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๖

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน:ผู้ยื่นคำขอฯแทนฯ ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา – มารดา ☐ บุตร ☐ สามี – ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ ชื่อ – สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้พิการ).....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ ที่อยู่.....
..... โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลจันทึก

วันที่.....ศ.พ.....เดือน.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/) ชื่อ..... นามสกุล.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี สัญชาติ..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ตำบลแขวง/ จันทึก อำเภอเขต/ ปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา รหัสไปรษณีย์ ๓๐๑๓๐
โทรศัพท์..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ
☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐
สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ.....
รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ประเภทความพิการ

☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา
☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้
☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางออทิสติก
☐ พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....เกี่ยวข้องโดยเป็น ☐ บิดา-มารดา
☐ บุตร ☐ สามี- ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ อื่นๆ ..... โทรศัพท์.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่เมื่อ.....

☐ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ อื่นๆ(ระบุ).....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ โดยวิธีดังต่อไปนี้

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร
☐หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจผู้ดูแลคนพิการและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและขอข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	**ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**
เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว ..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....แล้ว ☐ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้ .... (ลงชื่อ) ..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลจันทึก คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)

คำสั่ง

☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่นๆ.....

.....

(ลงชื่อ).....
(นายสมปอง รอดตุ่น)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลจันทึก
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

----------(ตัดตามรอยเส้นประให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)----------

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยจะได้รับเงิน เบี้ยความพิการ**ตั้งแต่เดือน**_____ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน แต่หากผู้พิการมีอายุไม่ถึง ๑๘ ปีบริบูรณ์ จะได้รับเงินเบี้ยความพิการในอัตราเดือนละ ๑,๐๐๐ บาท

ชื่อผู้พิการ ..... หมู่ที่ .....

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

ตัวอย่างแบบฟอร์มคำขอขึ้นทะเบียน

๑. ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๖

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

เฉพาะกรณีผู้ป่วยเอดส์มอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน
ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอลงทะเบียน
ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ) .....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ ที่อยู่.....
.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้ป่วยเอดส์

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลจันทึก
วันที่.....ศ.พ.....เดือน.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/) ชื่อ..... นามสกุล.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี สัญชาติ..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียน
บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ตำบลแขวง/ จันทึก อำเภอเขต/ ปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา รหัสไปรษณีย์ ๓๐๑๓๐
โทรศัพท์..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ
☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐
สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ.....
รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ ☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ๒๕ .ศ.๖๗ โดยวิธีดังต่อไปนี้

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ที่ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....(ลงชื่อ) .....(ลงชื่อ)
(.....) (.....)
ผู้ยื่นคำขอผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ/ เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

<u>หมายเหตุ</u> ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นายนางสาว/นาง/ ..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ แล้ว ☐ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก ....(ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลจันทึก คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ .....(ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ .....(ลงชื่อ)..... .....).....) กรรมการ .....(ลงชื่อ) (.....)

คำสั่ง

☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่นๆ.....

.....

(ลงชื่อ).....

(นายสมปอง รอดตุ่น)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลจันทึก

วัน/เดือน/ปี.....

----------(ตัดตามรอยเส้นประให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)----------

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพตั้งแต่เดือน.....พ.ศ. .....ในอัตราขั้นบันได กรณีผู้ป่วยเอดส์ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่นับตั้งแต่วันที่ย้ายแต่ไม่เกินเดือนพฤศจิกายนของปีนั้นๆเพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ชื่อผู้ป่วยเอดส์ ..... หมู่ที่ .....

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่ลงทะเบียน

(.....)

ภาคผนวก

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
(การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ)

ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนฯ พร้อมเอกสารหลักฐาน
๑ นาที / ราย

↓

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน / สัมภาษณ์ / บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม
๑ นาที / ราย

→

เสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
๑ นาที / ราย

↓

เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)/แจ้งผลการขึ้นทะเบียนฯ
๒ นาที / ราย

เอกสารสำหรับการรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน
๓. ใบมอบอำนาจ (ถ้ามี)
๔. สำเนาสมุดบัญชี (กรณีโอนเข้าบัญชี)

ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ เดิม ๑๐นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๓ – ๕ นาที/ราย

หมายเหตุ : ระหว่างเดือนตุลาคม – พฤศจิกายน และ เดือนมกราคม – กันยายน

เจ้าหน้าที่ที่รับการแต่งตั้งรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
(การรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ)

ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนฯ พร้อมเอกสารหลักฐาน
๑ นาที / ราย

↓

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน / สัมภาษณ์ / บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม
๑ นาที / ราย

→

เสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
๑ นาที / ราย

↓

เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)/แจ้งผลการขึ้นทะเบียนฯ
๒ นาที / ราย

เอกสารสำหรับการรับขึ้นทะเบียนผู้สูงพิการ

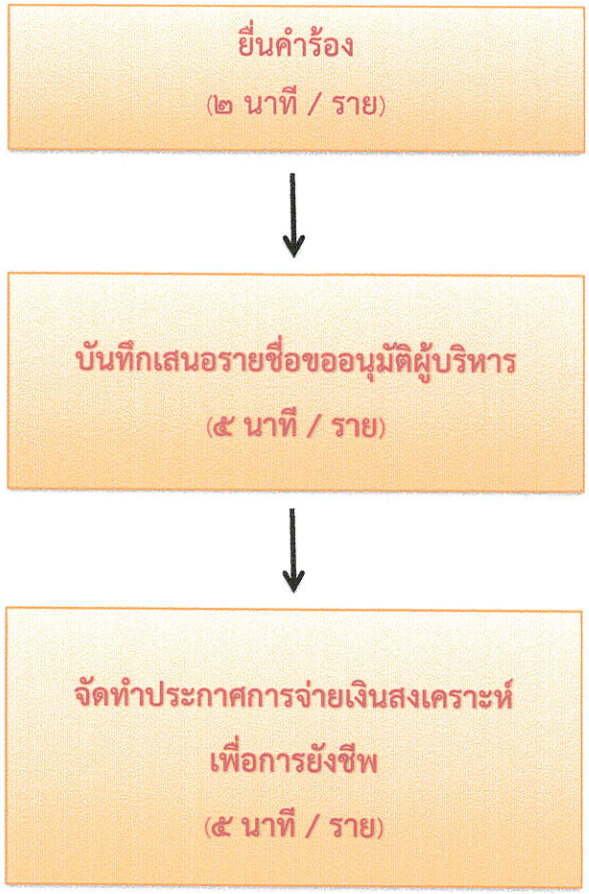
๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน
๓. ใบมอบอำนาจ (ถ้ามี)
๔. สำเนาสมุดบัญชี (กรณีโอนเข้าบัญชี)

ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ เดิม ๑๐นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๓ – ๕ นาที/ราย

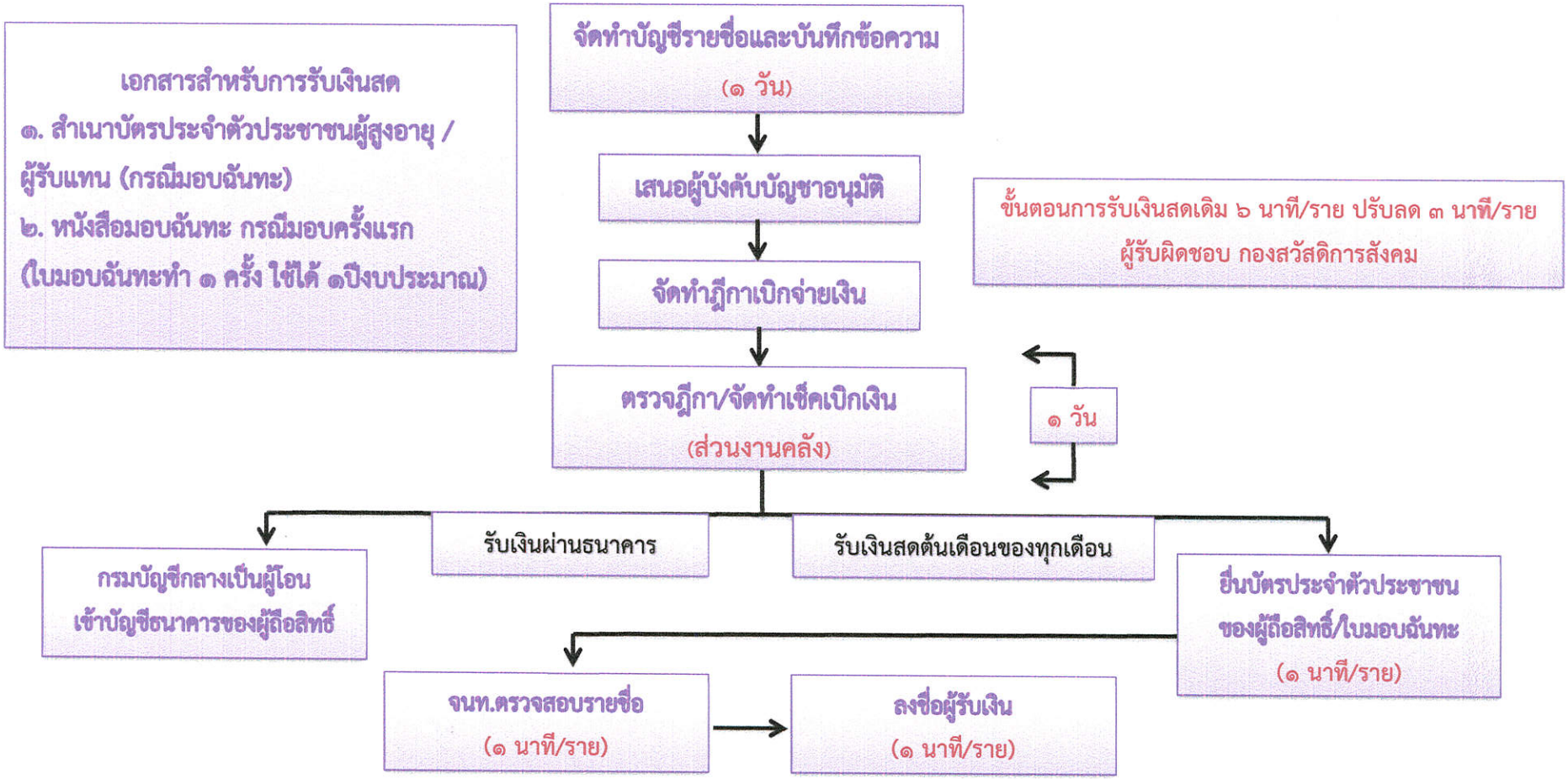
หมายเหตุ : รับขึ้นทะเบียนภายในวันจันทร์ – วันศุกร์ เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.

เจ้าหน้าที่ที่รับการแต่งตั้ง
รับขึ้นทะเบียน

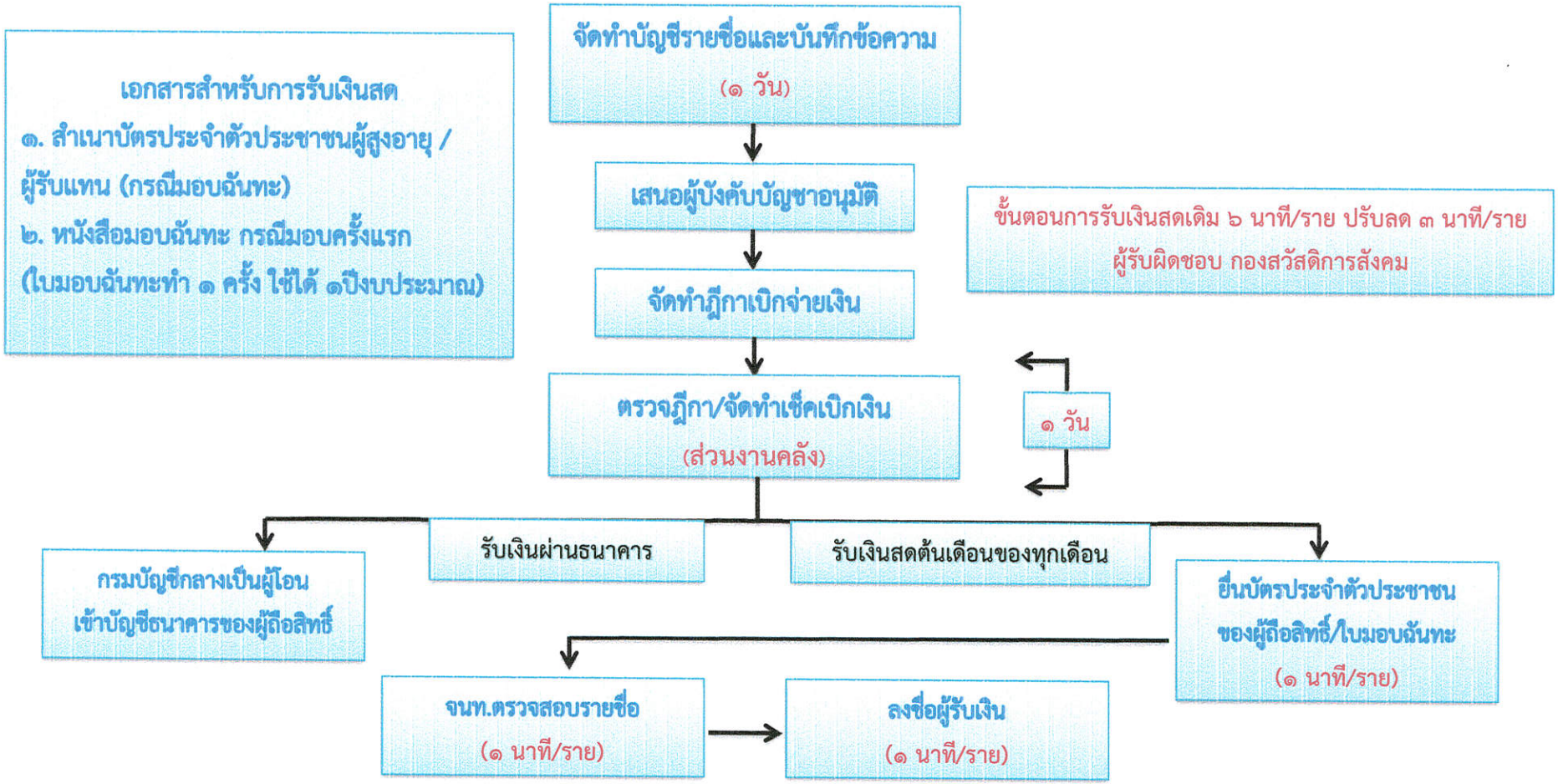
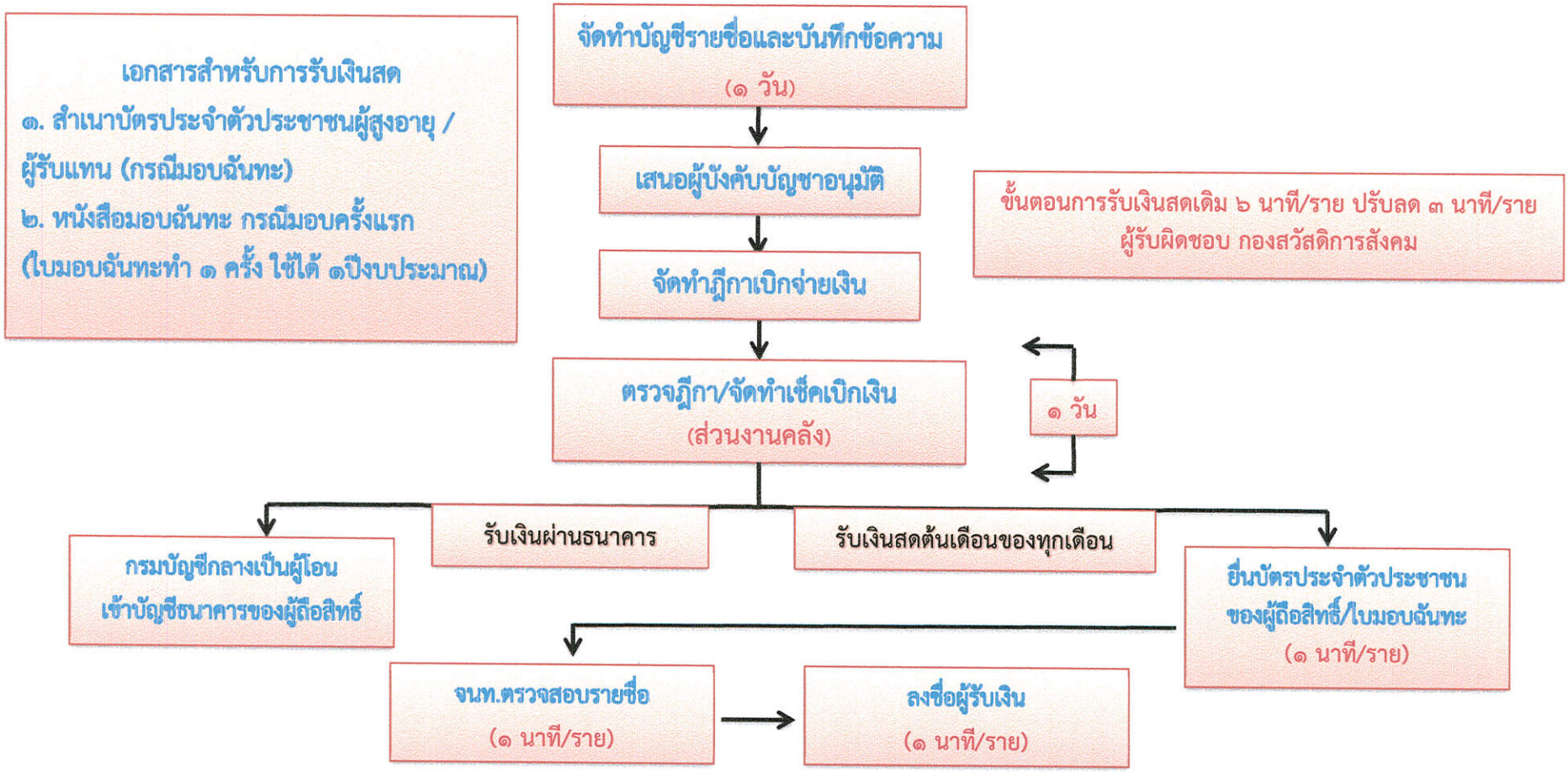
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
(การรับขึ้นทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์)



แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
(การเบิก – จ่ายเบี้ยผู้สูงอายุ)



แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
(การเบิก – จ่ายเบี้ยความพิการ)



แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
(การเบิก – จ่ายเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์)