



คู่มือการปฏิบัติงาน

งานสวัสดิการสังคมและพัฒนาชุมชน

สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลไทรงาม

- การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ
- การยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
- การยื่นคำร้องโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

งานสวัสดิการสังคมและพัฒนาชุมชน

สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลไทรงาม

อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม

โทรศัพท์./โทรสาร. ๐๓๔-๙๙๒๑๙๙

คำนำ

ด้วยงานสวัสดิการสังคมและพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลไทรงาม มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลไทรงามและส่งเสริมคุณภาพชีวิต รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การรับลงทะเบียนคนพิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ และรับคำร้องผู้ป่วยเอดส์ เพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้กับบุคคลดังกล่าว โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๒ แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ ๒ พ.ศ.๒๕๖๐ และฉบับที่ ๓ พ.ศ.๒๕๖๑ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙ และฉบับที่ ๓ พ.ศ.๒๕๖๑ ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการ ได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นปัจจุบัน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวกรวดเร็วและถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าว จึงได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานเพื่อใช้ในการยื่นคำขอลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ยื่นคำขอลงทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการและการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ขึ้น

งานสวัสดิการสังคมและพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลไทรงาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เจ้าหน้าที่ ผู้รับบริการ ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจถึงสิทธิพึงได้รับรวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าว และเกิดประโยชน์ต่อประชาชนที่มาขอรับบริการต่อไป

งานสวัสดิการสังคมและพัฒนาชุมชน
สำนักปลัด
องค์การบริหารส่วนตำบลไทรงาม

สารบัญ

	หน้า
ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๑
ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ	๑๐
ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	๑๗
ขั้นตอนการลงทะเบียนรับเงินสงเคราะห์โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด	๒๑
การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ	๒๔
ภาคผนวก	
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ)	
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การเบิก-จ่ายเบี้ยผู้สูงอายุ)	
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การเบิก-จ่ายเบี้ยความพิการ)	
(ตัวอย่างแบบฟอร์มคำขอ) แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	
(ตัวอย่าง) แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ	
(ตัวอย่าง) แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ	
(ตัวอย่าง) แบบลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด	
(แบบ ดร.๐๑)	
(ตัวอย่าง) แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (แบบ ดร.๐๒)	
(ตัวอย่าง) แบบคำขอรับการสงเคราะห์ (ผู้ป่วยเอดส์)	
(ตัวอย่าง) แบบฟอร์มหนังสือมอบอำนาจการรับเบี้ยยังชีพ	

ขั้นตอนการลงทะเบียนเพื่อขอรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม

“แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ”

- ✓ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนา
 - ✓ ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา
 - ✓ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขที่บัญชี)
สำหรับกรณีและผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ผ่านธนาคาร
- หมายเหตุ :** ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองจะต้องมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อที่องค์การบริหารส่วนตำบลไทรงาม พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของ ผู้มอบและผู้รับมอบอำนาจ

ขอรับแบบคำขอลงทะเบียนผู้สูงอายุ และยื่นเอกสารประกอบ ได้ที่ งานสวัสดิการสังคมและพัฒนาชุมชน
องค์การบริหารส่วนตำบลไทรงาม

ขั้นตอนการขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



ให้นำขอขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
ณ กองการสวัสดิการสังคม
องค์การบริหารส่วน ตำบล ไทรงาม

เจ้าหน้าที่ ตรวจสอบคุณสมบัติ และเอกสาร

ตรวจสอบคุณสมบัติ

1. มีสัญชาติไทย
2. มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่ แต่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ หรือ ผู้ที่ได้ย้ายทะเบียนบ้านมาใหม่ก่อนสิ้นเดือน พฤศจิกายน ของทุกปี
3. มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป หรือ จะมีอายุครบ 60 ปี ในปีงบประมาณต่อไป
4. ไม่เป็นผู้ที่ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือ เทศบาล อบต. ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือ เงินอื่นใด ในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ ใน สถานสงเคราะห์ของรัฐ หรือ องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นที่ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือ ผลประโยชน์ ตอบแทน อย่างอื่น ที่รัฐหรือเทศบาล อบต. จัดให้เป็น ประจำ

ขาดคุณสมบัติ

คุณสมบัติครบ

หลักฐานการขอขึ้นทะเบียน

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ บัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานรัฐ ที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนาจำนวน 1 ชุด
2. สำเนาทะเบียนบ้าน (ที่เป็นปัจจุบัน) จำนวน 1 ชุด
3. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากในนามผู้มีสิทธิ/ผู้ได้รับมอบอำนาจผู้มีสิทธิพร้อมสำเนา จำนวน 1 ชุด
4. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีให้บุคคลอื่นมาขึ้นคำขอขึ้นทะเบียนแทน) พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

ไม่ครบ

ครบ

แจ้งผู้ลงทะเบียน

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ รายชื่อในระบบ / รายชื่อใบรับรองเบี้ยยังชีพ

จนท.ลงข้อมูลในระบบสารสนเทศการจัดการ
ฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

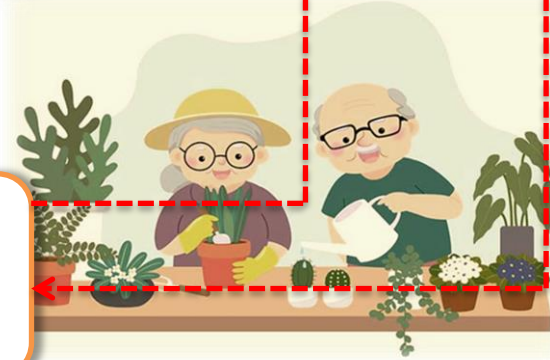
ผู้ลงทะเบียน เข้าแจ้งรายชื่อ ณ
กองสวัสดิการสังคม อบต. ไทรงาม

อบต. ไทรงาม จัดทำประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงิน
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบล ไทรงาม
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ทุกวันที่ 5 ของเดือน

ไม่มีรายชื่อ

มีรายชื่อ

อบต. ไทรงาม จ่ายเป็นเงินสด แต่ละหมู่บ้าน
หรือ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารเป็นรายเดือน
ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน



คุณสมบัติของผู้มีสิทธิลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ตรวจสอบดูคุณสมบัติของตนเองตามรายการดังนี้

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลไทรงาม (ตามทะเบียนบ้าน)
- (๓) - เป็นผู้มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ ที่ยังไม่เคยลงทะเบียนมาก่อน
- เป็นผู้ที่จะมีอายุ ๖๐ ปี ในปีงบประมาณถัดไป
- (๔) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจาก หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ (ก) ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษหรือเงินอื่นใด ในลักษณะเดียวกัน (ข) ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถาน สงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ค) ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำหรือผลประโยชน์ ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้ เป็นประจำ บุคคลตาม (ก)(ข) หรือ (ค) ไม่รวมถึง ผู้ พิการหรือผู้ป่วยเอดส์ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงิน สงเคราะห์ เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘ หรือ ผู้ที่ ได้รับสวัสดิการอื่นตามมติคณะรัฐมนตรี



- หมายเหตุ :** กรณีได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้วและได้ย้ายเข้ามาใน พื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลไทรงาม จะต้องมาลงทะเบียน ที่องค์การบริหารส่วนตำบลไทรงาม นับแต่วันที่ย้ายถึง ๓๐ พฤศจิกายนของทุกปี

เพื่อใช้สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพต่อเอง...ค่ะ

การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได

สำหรับผู้สูงอายุ

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับในปัจจุบัน การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ คิดใน อัตราเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได แบบ “ขั้นบันได” หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของ ผู้สูงอายุ ออกเป็นช่วง ๆ หรือเป็นขั้น ขึ้นไปเรื่อย ๆ โดยเริ่ม ตั้งแต่อายุ ๖๐ ปี

โดยคำนวณตามปีงบประมาณ

มิใช่ปีปฏิทิน และไม่มี的增加ของอายุระหว่างปีปฏิทิน



วิธีคำนวณอายุของผู้สูงอายุ

การนับอายุว่าจะอยู่ในขั้นที่เท่าไรให้นับ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน เท่านั้น

กรณีที่ ๑. นาง ก. เกิดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๔๙๕ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ นาง ก. จะอายุ ๗๐ ปี หมายความว่า นาง ก. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๗๐๐ บาท ในเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ (งบประมาณปี ๒๕๖๖)

กรณีที่ ๒. นาง ข. เกิดวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๔๙๕ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ นาง ก. จะอายุ ๖๙ ปี หมายความว่า นาง ก. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๖๐๐ บาท เท่าเดิมในเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ จนกว่าจะถึงรอบปีถัดไป (ตุลาคม ๒๕๖๖)

ตารางช่วงอายุ เบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

ตารางช่วงอายุ เบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖							
วัน/เดือน/ปี เกิด						อายุ (ปี)	
90 ปี ขึ้นไป	2 ตุลาคม	2461	ถึง	1 ตุลาคม	2462	103	
	2 ตุลาคม	2462	ถึง	1 ตุลาคม	2463	102	
	2 ตุลาคม	2463	ถึง	1 ตุลาคม	2464	101	
	2 ตุลาคม	2464	ถึง	1 ตุลาคม	2465	100	
	2 ตุลาคม	2465	ถึง	1 ตุลาคม	2466	99	
	2 ตุลาคม	2466	ถึง	1 ตุลาคม	2467	98	
	2 ตุลาคม	2467	ถึง	1 ตุลาคม	2468	97	
	2 ตุลาคม	2468	ถึง	1 ตุลาคม	2469	96	
	2 ตุลาคม	2469	ถึง	1 ตุลาคม	2470	95	
	2 ตุลาคม	2470	ถึง	1 ตุลาคม	2471	94	
	2 ตุลาคม	2471	ถึง	1 ตุลาคม	2472	93	
	2 ตุลาคม	2472	ถึง	1 ตุลาคม	2473	92	
ช่วงอายุ 80 - 89 ปี	2 ตุลาคม	2473	ถึง	1 ตุลาคม	2474	91	
	2 ตุลาคม	2474	ถึง	1 ตุลาคม	2475	90	
	วัน/เดือน/ปี เกิด						อายุ (ปี)
	2 ตุลาคม	2475	ถึง	1 ตุลาคม	2476	89	
	2 ตุลาคม	2476	ถึง	1 ตุลาคม	2477	88	
	2 ตุลาคม	2477	ถึง	1 ตุลาคม	2478	87	
	2 ตุลาคม	2478	ถึง	1 ตุลาคม	2479	86	
	2 ตุลาคม	2479	ถึง	1 ตุลาคม	2480	85	
	2 ตุลาคม	2480	ถึง	1 ตุลาคม	2481	84	
	2 ตุลาคม	2481	ถึง	1 ตุลาคม	2482	83	
	2 ตุลาคม	2482	ถึง	1 ตุลาคม	2483	82	
	2 ตุลาคม	2483	ถึง	1 ตุลาคม	2484	81	
ช่วงอายุ 70 - 79 ปี	2 ตุลาคม	2484	ถึง	1 ตุลาคม	2485	80	
	วัน/เดือน/ปี เกิด						อายุ (ปี)
	2 ตุลาคม	2485	ถึง	1 ตุลาคม	2486	79	
	2 ตุลาคม	2486	ถึง	1 ตุลาคม	2487	78	
	2 ตุลาคม	2487	ถึง	1 ตุลาคม	2488	77	
	2 ตุลาคม	2488	ถึง	1 ตุลาคม	2489	76	
	2 ตุลาคม	2489	ถึง	1 ตุลาคม	2490	75	
	2 ตุลาคม	2490	ถึง	1 ตุลาคม	2491	74	
	2 ตุลาคม	2491	ถึง	1 ตุลาคม	2492	73	
	2 ตุลาคม	2492	ถึง	1 ตุลาคม	2493	72	
	2 ตุลาคม	2493	ถึง	1 ตุลาคม	2494	71	
	2 ตุลาคม	2494	ถึง	1 ตุลาคม	2495	70	
ช่วงอายุ 60 - 69 ปี	วัน/เดือน/ปี เกิด						อายุ (ปี)
	2 ตุลาคม	2495	ถึง	1 ตุลาคม	2496	69	
	2 ตุลาคม	2496	ถึง	1 ตุลาคม	2497	68	
	2 ตุลาคม	2497	ถึง	1 ตุลาคม	2498	67	
	2 ตุลาคม	2498	ถึง	1 ตุลาคม	2499	66	
	2 ตุลาคม	2499	ถึง	1 ตุลาคม	2500	65	
	2 ตุลาคม	2500	ถึง	1 ตุลาคม	2501	64	
	2 ตุลาคม	2501	ถึง	1 ตุลาคม	2502	63	
	2 ตุลาคม	2502	ถึง	1 ตุลาคม	2503	62	
	2 ตุลาคม	2503	ถึง	1 ตุลาคม	2504	61	
	2 ตุลาคม	2504	ถึง	1 ตุลาคม	2505	60	
	รายการ Happy Birthday	2 กันยายน	2505	ถึง	1 กันยายน	2506	อายุครบ 60 ในเดือนเกิด

การนับอายุของบุคคลตามนัยมาตรา ๑๖ แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

การคิดวันรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

วัน เดือน ปีเกิด	เดือนที่จะได้รับ	หมายเหตุ
ผู้สูงอายุที่เกิดก่อน 2 ตุลาคม 2505 ผล.60 + ผล.ย้ายเข้ามา + เกือบตก	ตุลาคม 2565	ผล.ย้ายออกจากที่เดิม ก่อน 1 ต.ค. 2565 และมาลงทะเบียนภายใน 30 พ.ย. 2565
2 - 31 ตุลาคม 2505 1 พฤศจิกายน 2505	พฤศจิกายน 2565	
2 - 30 พฤศจิกายน 2505 1 ธันวาคม 2505	ธันวาคม 2565	
2 - 31 ธันวาคม 2505 1 มกราคม 2506	มกราคม 2566	
2 - 31 มกราคม 2506 1 กุมภาพันธ์ 2506	กุมภาพันธ์ 2566	
2 - 28 กุมภาพันธ์ 2506 1 มีนาคม 2506	มีนาคม 2566	
2 - 31 มีนาคม 2506 1 เมษายน 2506	เมษายน 2566	
2 - 30 เมษายน 2506 1 พฤษภาคม 2506	พฤษภาคม 2566	
2 - 31 พฤษภาคม 2506 1 มิถุนายน 2506	มิถุนายน 2566	
2 - 30 มิถุนายน 2506 1 กรกฎาคม 2506	กรกฎาคม 2566	
2 - 31 กรกฎาคม 2506 1 สิงหาคม 2506	สิงหาคม 2566	
2 - 31 สิงหาคม 2506 1 กันยายน 2506	กันยายน 2566	
2 กันยายน 2506 - 1 ตุลาคม 2506	ต้องมาลงทะเบียนในเดือนตุลาคม 2565 เพื่อรับเงิน งบประมาณ 2567 (ตุลาคม 2566)	

ประกาศรายชื่อ ผู้มีสิทธิรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ให้ผู้ที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ตรวจสอบ รายชื่อตามประกาศ ที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลไทรงาม หรือที่ทำการ กำนันและ ผู้ใหญ่บ้าน (ภายใน วันที่ ๕ ของเดือนถัดไป)

การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

อบต. จะดำเนินการเบิก - จ่ายเงินให้กับผู้สูงอายุที่มา ลงทะเบียนไว้แล้ว โดยจะเริ่มจ่ายตั้งแต่เดือนถัดไปนับจาก เดือนที่ท่านมีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ ในปีงบประมาณ ๖๕ (ตั้งแต่ ต.ค.๖๔ เป็นต้นไป) โดยจะจ่าย เป็นเงินสด หรือโอน เข้าบัญชีธนาคารตามที่ผู้สูงอายุได้แจ้งความประสงค์ไว้

คำชี้แจง

ผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนา

*กรณี ผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพฯอยู่กับองค์การบริหารส่วนตำบลไทรงาม แล้วย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ใน อบต.อื่น ให้ไปลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพต่อเมืองได้ที่ อบต. แห่งใหม่ที่ตนย้ายไป อบต. ไทรงาม จะดำเนินการจ่ายเบี้ยฯให้กับผู้สูงอายุจนสิ้นงบประมาณปีนั้นๆ (เดือนกันยายน) ทั้งนี้ อบต.ไทรงาม จะต้องได้รับการยืนยันจาก อบต. แห่งใหม่ว่าได้รับลงทะเบียนให้กับผู้สูงอายุแล้ว เพื่อไม่ให้เกิดการจ่ายซ้ำซ้อน

*กรณี ผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพฯอยู่กับ อบต.อื่น ต่อมาย้ายมาอยู่ในเขต อบต.ไทรงาม ให้มาขอลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพต่อเมืองได้ที่ อบต.ไทรงาม นับแต่วันที่ย้ายถึงเดือนกันยายนของปีที่ย้ายมา อบต.ไทรงาม จะดำเนินการจ่ายเบี้ยฯให้กับผู้สูงอายุในปีงบประมาณถัดไป (ตั้งแต่เดือนตุลาคมเป็นต้นไป) ทั้งนี้ อบต.ไทรงาม จะดำเนินการประสาน อบต.เดิม ว่าได้รับลงทะเบียนให้กับผู้สูงอายุแล้วเพื่อไม่ให้เกิดการจ่ายซ้ำซ้อน

ขั้นตอนการลงทะเบียนเพื่อขอรับเงิน เบี้ยความพิการ

ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม

“แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ”

- ✓ บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริม คุณภาพชีวิต คนพิการ ฉบับจริง พร้อมสำเนา
- ✓ ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา
- ✓ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อม สำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและ เลขที่บัญชี) สำหรับกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ ประสงค์ ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผ่านธนาคาร

หมายเหตุ : กรณีที่คนพิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง จะต้อง มอบอำนาจ เป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทน แต่ต้อง นำหลักฐานของคนพิการและคนดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ ด้วย คนพิการที่เป็นผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเอดส์สามารถลงทะเบียนเพื่อ ขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ด้วย

***** ขอรับแบบคำขอลงทะเบียนคนพิการและยื่น เอกสาร ประกอบ ได้ที่ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบล ไทรงาม ได้ตลอดทั้งปี ในวันเวลาราชการ *****

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิลงทะเบียนคนพิการ

ตรวจสอบคุณสมบัติของตัวเอง ตามรายการดังนี้



- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต องค์การบริหารส่วนตำบล ไทรงาม (ตามทะเบียนบ้าน)
- (๓) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- (๔) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ



*** กรณีได้รับเบี้ยความพิการอยู่แล้ว และได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล ไทรงาม จะต้องมาลงทะเบียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบล ไทรงาม อีกครั้ง *** ภายในเดือนที่ย้ายมา ***

เพื่อใช้สิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ

อย่างต่อเนื่อง.....ค่ะ

คำชี้แจงผู้พิการย้ายภูมิลำเนา

คนพิการที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการอยู่แล้วใน อปท.อื่น ภายหลัง ได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่ในภูมิลำเนา ตำบลไทรงาม ให้มาแจ้งลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพต่อเนืองได้ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลไทรงาม และจะได้รับเงินจากองค์การบริหารส่วนตำบลไทรงามในเดือนถัดไป ทั้งนี้ องค์การบริหารส่วนตำบลไทรงาม จะต้องได้รับการยืนยันจาก อปท.เดิมที่จ่าย ก่อนเพื่อไม่ให้เกิดการจ่าย ซ้ำซ้อน เช่น

นาง ก. รับเงินเบี้ยความพิการอยู่เทศบาลตำบลกบินแก่ง ภายหลัง ได้ย้ายที่อยู่มาอยู่พื้นที่ตำบลไทรงาม ในวันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๕ นาง ก. ต้องมาลงทะเบียนใหม่ที่องค์การบริหารส่วนตำบลไทรงาม ภายในเดือน มกราคม ๒๕๖๕ ซึ่งจะยังคงรับเงินเบี้ยความพิการที่ เทศบาลตำบลกบินแก่ง อยู่จนถึงเดือน มกราคม ๒๕๖๔ และจะมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการที่องค์การบริหารส่วนตำบลไทรงามในเดือน กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ เป็นต้นไป ทั้งนี้ องค์การบริหารส่วนตำบลไทรงาม ต้องได้รับการยืนยันประกาศ ถอนรายชื่อออกจาก เทศบาลตำบลกบินแก่ง แล้ว

ประกาศรายชื่อ ผู้มีสิทธิรับเงิน เบี้ยความพิการ

ให้ผู้ที่ยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการมาตรวจสอบรายชื่อ ตามประกาศที่ บอร์ดประชาสัมพันธ์ ณ สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลไทรงาม หรือที่ทำการกำนันและ ผู้ใหญ่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบลไทรงาม จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการเป็นรายเดือน

การจ่ายเบี้ยความพิการ

อบต. จะดำเนินการเบิก - จ่ายเงินให้กับคนพิการที่มาลงทะเบียนไว้แล้ว โดยจะจ่ายเป็นเงินสด หรือโอนเข้าบัญชีธนาคาร ตามที่คนพิการได้แจ้ง ความประสงค์ไว้ โดยจะจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้ในเดือนถัดไป นับแต่เดือน ที่ลงทะเบียนไว้ เช่น คนพิการลงทะเบียนภายในเดือน กรกฎาคม ก็จะดำเนินการจ่ายเงินเบี้ยความพิการภายในเดือนสิงหาคม ซึ่งเป็นเดือนถัดไป

ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ

๑. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสารรับรองความพิการ
๒. ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดนครปฐม (ศาลากลางจังหวัด) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้
 - ๒.๑ เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยแพทย์เฉพาะทาง (ตัวจริง)
 - ๒.๒ รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป
 - ๒.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
 - ๒.๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
 - ๒.๕ ถ้าคนพิการมีผู้ดูแลให้นำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ
๓. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อ ขอทำบัตรประจำตัวคนพิการให้นำหลักฐาน ตามข้อ ๒.๔ – ๒.๕ มาด้วย

การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

การดำเนินการต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ สามารถ ต่อได้ที่สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครปฐม (ศาลากลางจังหวัด ชั้น ๑)
โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๑. บัตรประจำตัวคนพิการเดิม
๒. รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านอย่างละ
จำนวน ๑ ฉบับ
๔. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการมีผู้ดูแล ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
๕. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอต่อ
อายุบัตรประจำตัวคนพิการให้นำหลักฐานตามข้อ ๓-๔ มาด้วย

การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ

การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ สามารถติดต่อได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครปฐม (ศาลากลางจังหวัด ชั้น๑) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๑. บัตรประจำตัวคนพิการเดิม
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละจำนวน ๑ ฉบับ
๓. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนเดิม ใช้สำเนาบัตรประจำตัว ประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
๔. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
๕. บันทึกผู้ให้ถ้อยคำขอเปลี่ยนแปลงผู้ดูแล (ป.ค.๑๔) (คนใดคนหนึ่ง)
 - ๕.๑ ผู้ดูแลคนเดิม
 - ๕.๒ ผู้ดูแลคนใหม่
 - ๕.๓ ผู้พิการ
๖. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ
๗. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้รับรองผู้ดูแลจำนวน ๑ ฉบับ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ส.อบต. หรือ ข้าราชการระดับ ๓ ขึ้นไป)

ขั้นตอนการลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม

“แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์”

- ✓ ใบรับรองที่แพทย์รับรองและทำการวินิจฉัยแล้วว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์จริง
- ✓ ใบทะเบียนบ้าน และบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อม สำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขที่บัญชี) สำหรับกรณีและผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร

หมายเหตุ : กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองจะต้อง มอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลยื่นคำขอแทน แต่ต้องนำหลักฐานของผู้ป่วยเอดส์และคนดูแลไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย ผู้ป่วยเอดส์ที่เป็น ผู้สูงอายุหรือคนพิการสามารถลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และเบี้ยความพิการได้ด้วย

*** ขอรับแบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ และ
ยื่นเอกสารประกอบได้ที่ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วน
ตำบลไทรงาม

ผู้ป่วยเอดส์

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ตรวจสอบดู
คุณสมบัติของตัวเอง ตามรายการดังนี้



- (๑) ไม่เป็นคนต่างด้าว
- (๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วน
ตำบลไทรงาม (ตามทะเบียนบ้าน)
- (๓) มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูก
ทอดทิ้ง หรือขาด ผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่
สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๑. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลไทรงาม
๓. การยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์สามารถยื่นคำร้องได้ที่ กองสวัสดิการสังคม โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่น ดังนี้
 - ๓.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
 - ๓.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
 - ๓.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
๔. กรณีที่ ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วย ตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้ดูแลมาดำเนินการแทนได้
๕. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุ และคนพิการสามารถดำเนินการได้ทั้งหมด
๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์แล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ จากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนาเท่านั้น
๗. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ เสียชีวิตลง ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้องแจ้งให้กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลไทรงามทราบ ภายใน ๓ วัน หรือทันทีที่ทราบ

ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่าป่วยเป็น โรคเอดส์ /AIDs
เท่านั้น หากระบุว่าป่วยเป็น HIV หรือภูมิคุ้มกัน
บกพร่องจะไม่เข้าหลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์

**ขั้นตอนการลงทะเบียนรับเงินสงเคราะห์
โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด**

๖๐๐ บาท ต่อเดือน

เพื่อช่วยเหลือครอบครัวให้เลี้ยงดูเด็กไทยได้อย่างมีคุณภาพ

ขั้นตอนการลงทะเบียน

๑. ผู้รับรอง ๒ คน รับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒) ให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตรงตามเป้าหมาย
๒. หญิงตั้งครรภ์นำเอกสาร (ดร.๐๒) พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาเอกสารฝากครรภ์ ขอรับเอกสาร ดร.๐๑ ยื่นลงทะเบียนที่องค์การบริหารส่วนตำบลไทรงาม
๓. องค์การบริหารส่วนตำบลไทรงาม จัดทำประกาศรายชื่อผู้ขอรับเงินอุดหนุนฯ และติดประกาศ ๑๕ วัน หากไม่มีผู้ใดคัดค้านให้ถือว่าเป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินอุดหนุนฯหลังจากเด็กเกิด
๔. หลังจากเด็กเกิด นำสูติบัตรเด็กมายื่นที่จุดลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิ

คุณสมบัติของผู้ได้รับสิทธิเงินอุดหนุนฯ จะมอบให้แก่แม่ของเด็กแรกเกิดที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

- พ่อแม่ หรือฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งที่มีสัญชาติไทย
- มีรายได้เฉลี่ยต่อคนต่ำกว่า ๓,๐๐๐ บาทต่อเดือน
- ไม่ได้รับสวัสดิการอื่นๆ จากรัฐ รัฐวิสาหกิจ กองทุนประกันสังคม

เอกสารประกอบการลงทะเบียน

๑. แบบลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิ์ฯ (ดร.๐๑)

(รับได้ที่ลงทะเบียน)

๒. แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒)

การรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒)

การยื่นลงทะเบียน จะต้องให้ผู้รับรอง ๒ คน ลงชื่อรับรองในแบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒) ว่าผู้ขอรับสิทธิ์มีคุณสมบัติตรงตามเป้าหมายของโครงการ

ผู้รับรองคนที่ ๑

*องค์การบริหารส่วนตำบล : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) หรือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือประธานชุมชน

ผู้รับรองคนที่ ๒

* องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล : ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล หรือข้าราชการที่ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลมอบหมาย

๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของหญิงตั้งครรภ์

๔. สำเนาเอกสารการฝากครรภ์หรือสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก หน้า ๑

๕. สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด (ยื่นหลังคลอด)

๖. สำเนาหน้าแรกของสมุดบัญชีธนาคาร

๗. สำเนาบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

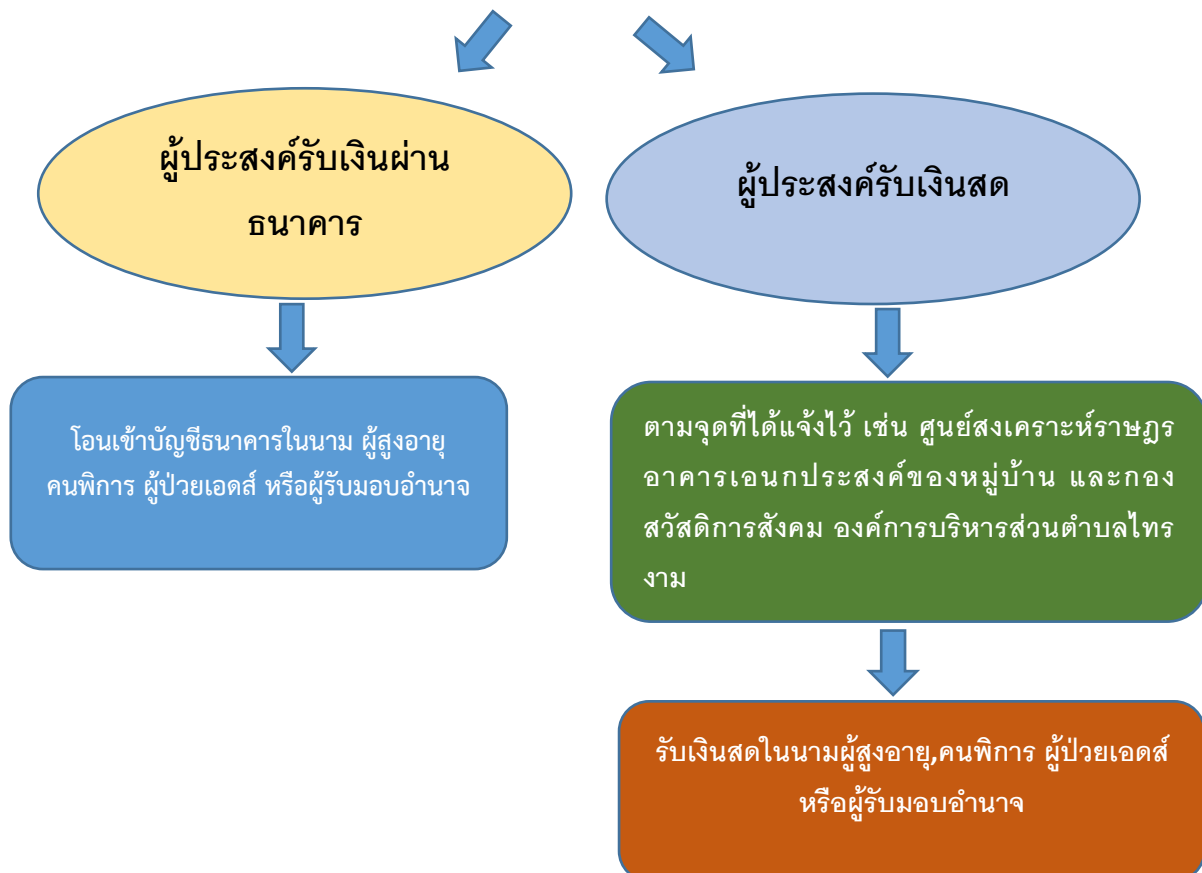
การรับเงิน

- รับเงินสดที่กรกิจการเด็กและเยาวชน (ดย.) หรือ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) ในจังหวัดที่ลงทะเบียน
- โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารที่แจ้งไว้ในแบบลงทะเบียนฯ (ดร.๐๑)

กำหนดวันจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ ภายในวันที่
๑-๑๐ ของเดือน (ตามความเหมาะสม)

ตุลาคม 2561 October 2019						
อาทิตย์ SUN	จันทร์ MON	อังคาร TUE	พุธ WED	พฤหัสบดี THU	ศุกร์ FRI	เสาร์ SAT
		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	31		

ช่องทางการรับเงินเบี้ยยังชีพ



การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ป่วยเอดส์

๑. ตาย ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตองค์การบริหารส่วนตำบลไทรงาม
๒. แจ้งสละสิทธิ การขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
๓. ขาดคุณสมบัติ

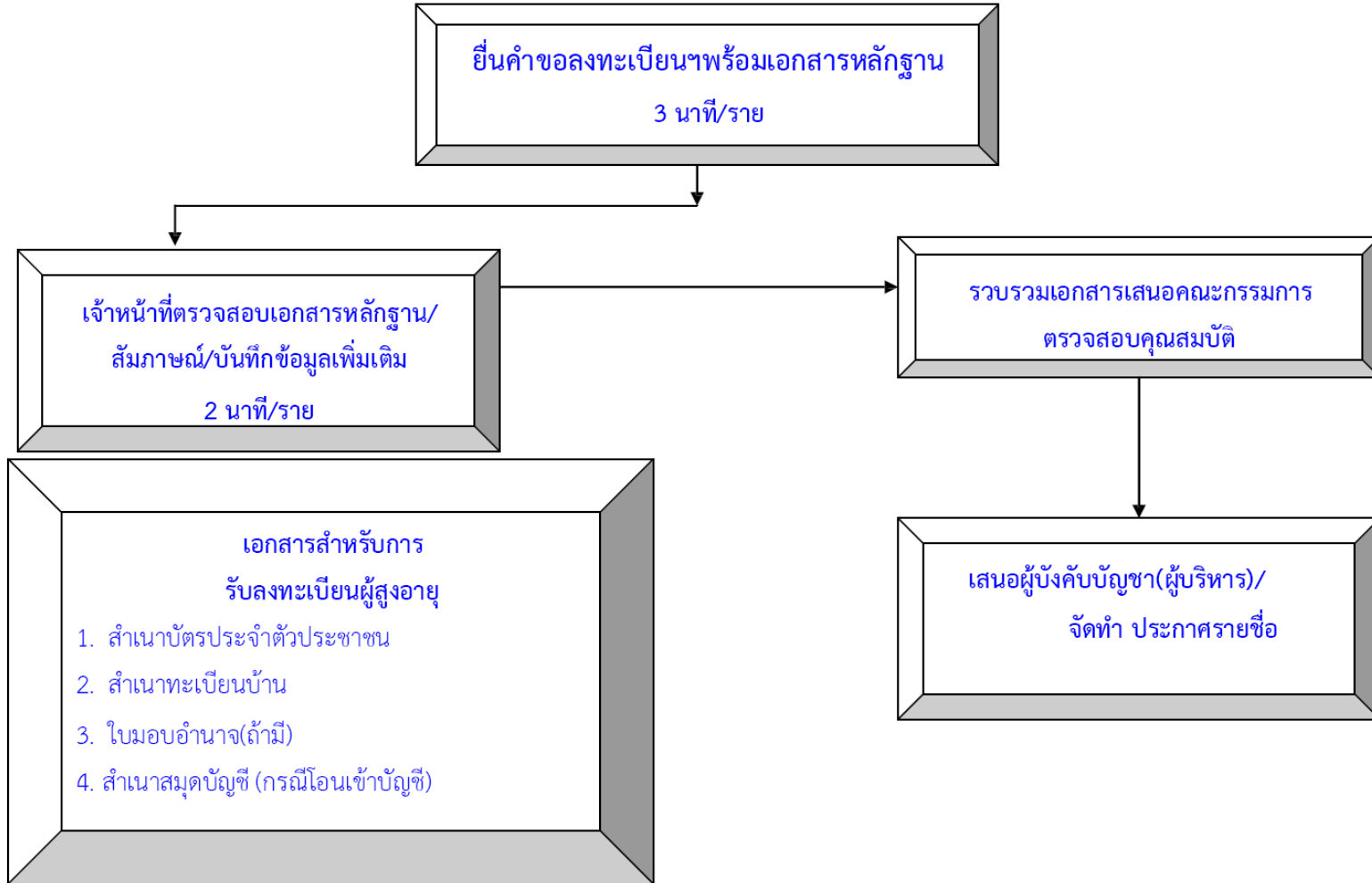
หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์

๑. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง
๒. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพ หรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเป็นเงินสดต้องมารับเงินให้ตรงตามวัน เวลา ที่กำหนด
๓. กรณีผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยเอดส์ ย้ายภูมิลำเนาจากองค์การบริหารส่วนตำบลไทรงามไปอยู่ภูมิลำเนาอื่นต้องแจ้งให้องค์การบริหารส่วนตำบลไทรงามทราบทันที และเพื่อรักษาสิทธิการรับเงินอย่างต่อเนื่อง ต้องไปลงทะเบียน ณ อปท. แห่งใหม่ที่ตนย้ายไปนับแต่วันที่ย้ายไป
๔. ให้ผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ แสดงการมีชีวิตอยู่ และยืนยันบัญชีธนาคาร ต่อองค์การบริหารส่วนตำบลไทรงาม ภายในเดือนกันยายนของทุกปี
๕. กรณีตาย ให้ผู้ดูแลหรือญาติของผู้สูงอายุ หรือคนพิการ หรือผู้ป่วยเอดส์ ของผู้รับเงินแจ้งการตาย ให้องค์การบริหารส่วนตำบลไทรงาม ได้รับทราบ (พร้อมสำเนาบัตรประชาชน) ภายใน ๓ วัน หรือทันที

ภาคผนวก

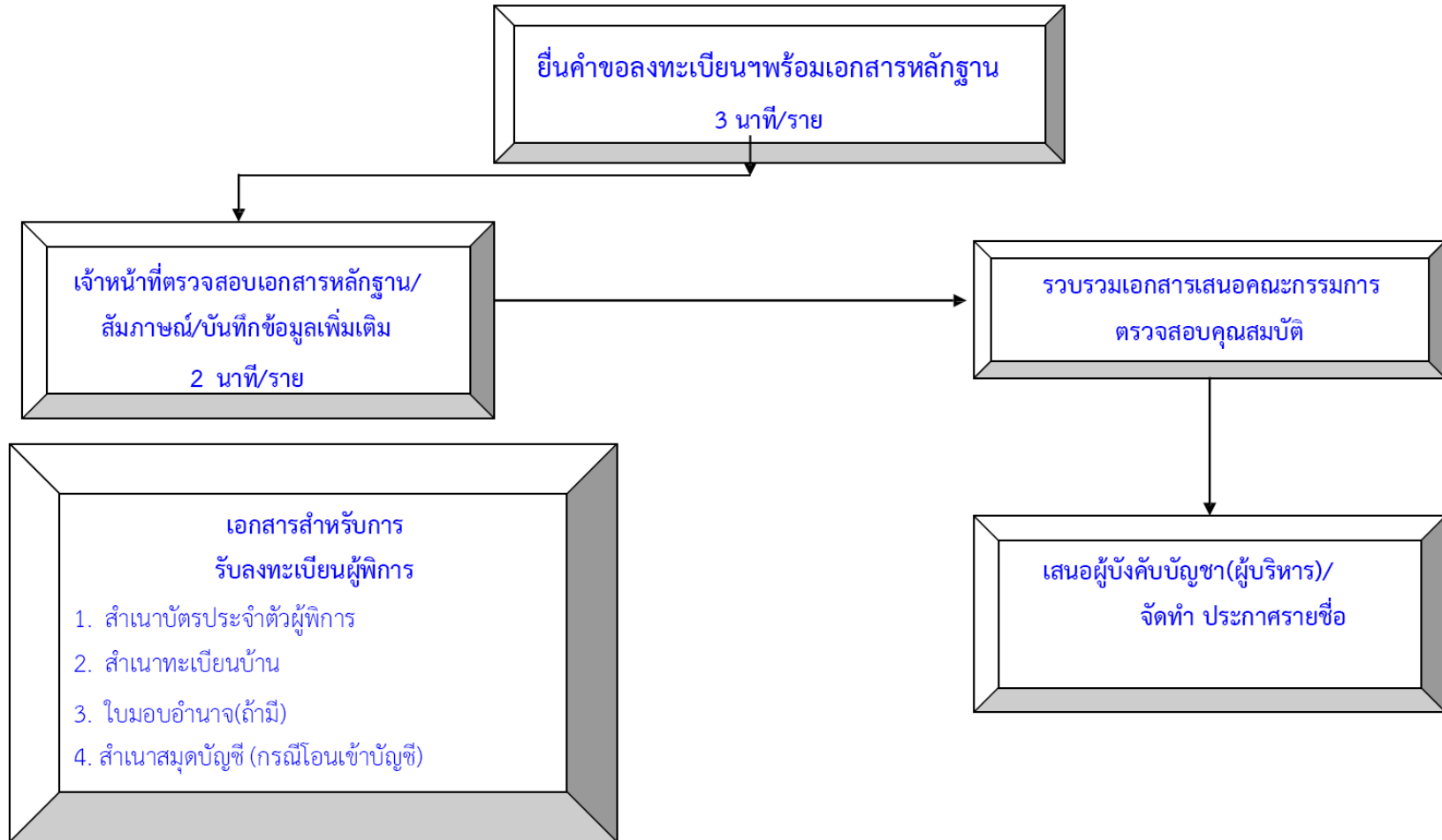
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

(การรับลงทะเบียนผู้สูงอายุ)



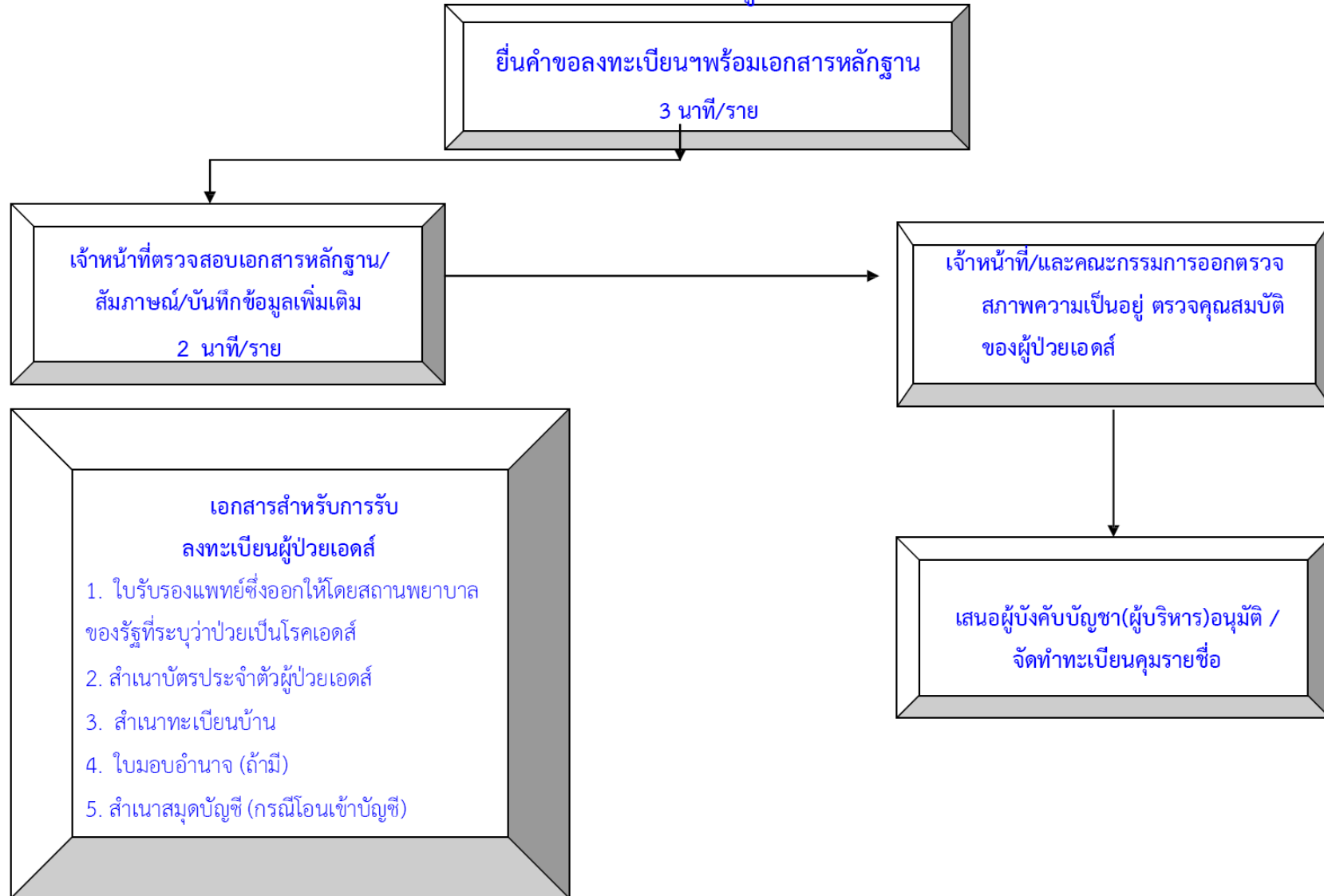
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

(การรับลงทะเบียนคนพิการ)



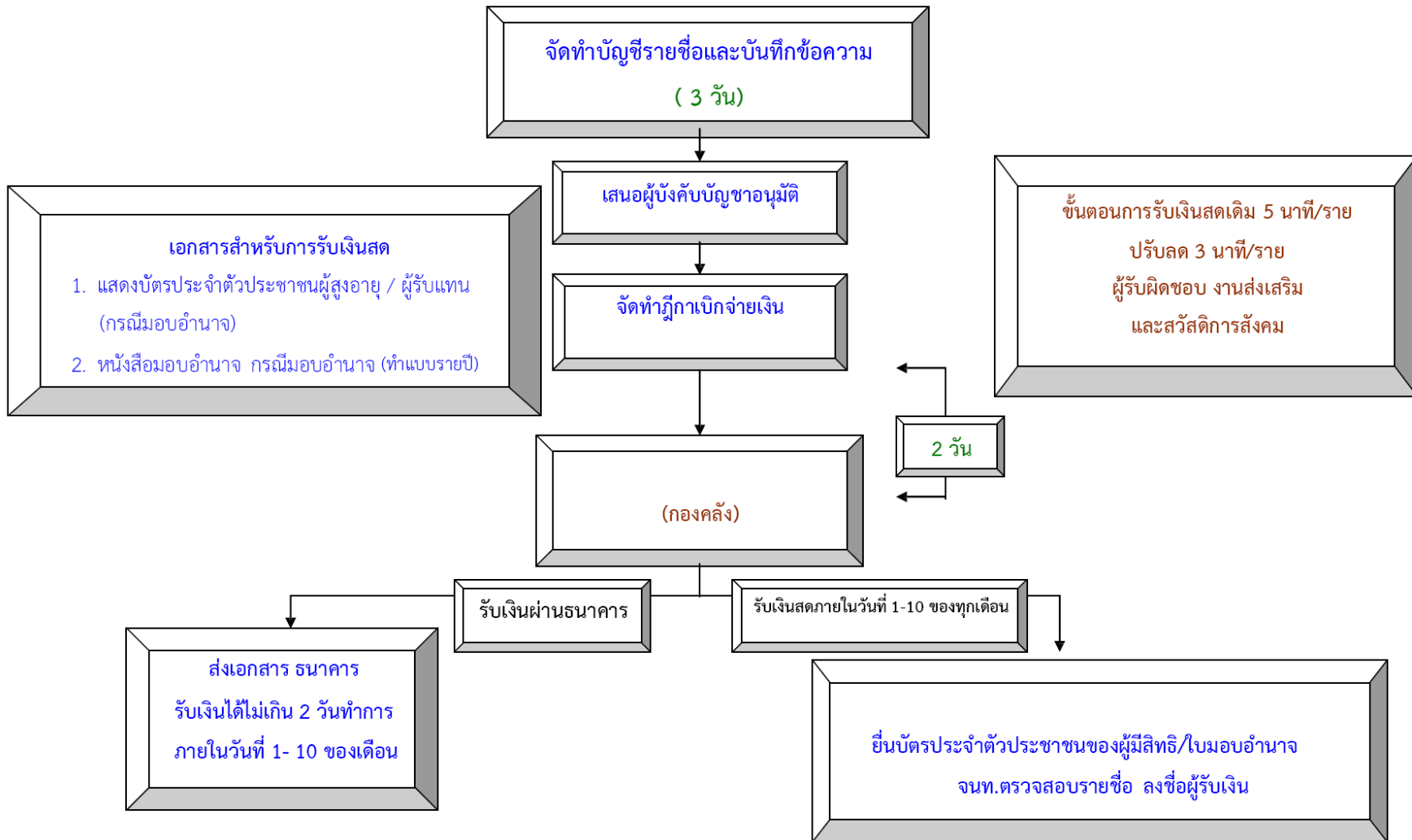
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

(การรับลงทะเบียนผู้ป่วยเอดส์)



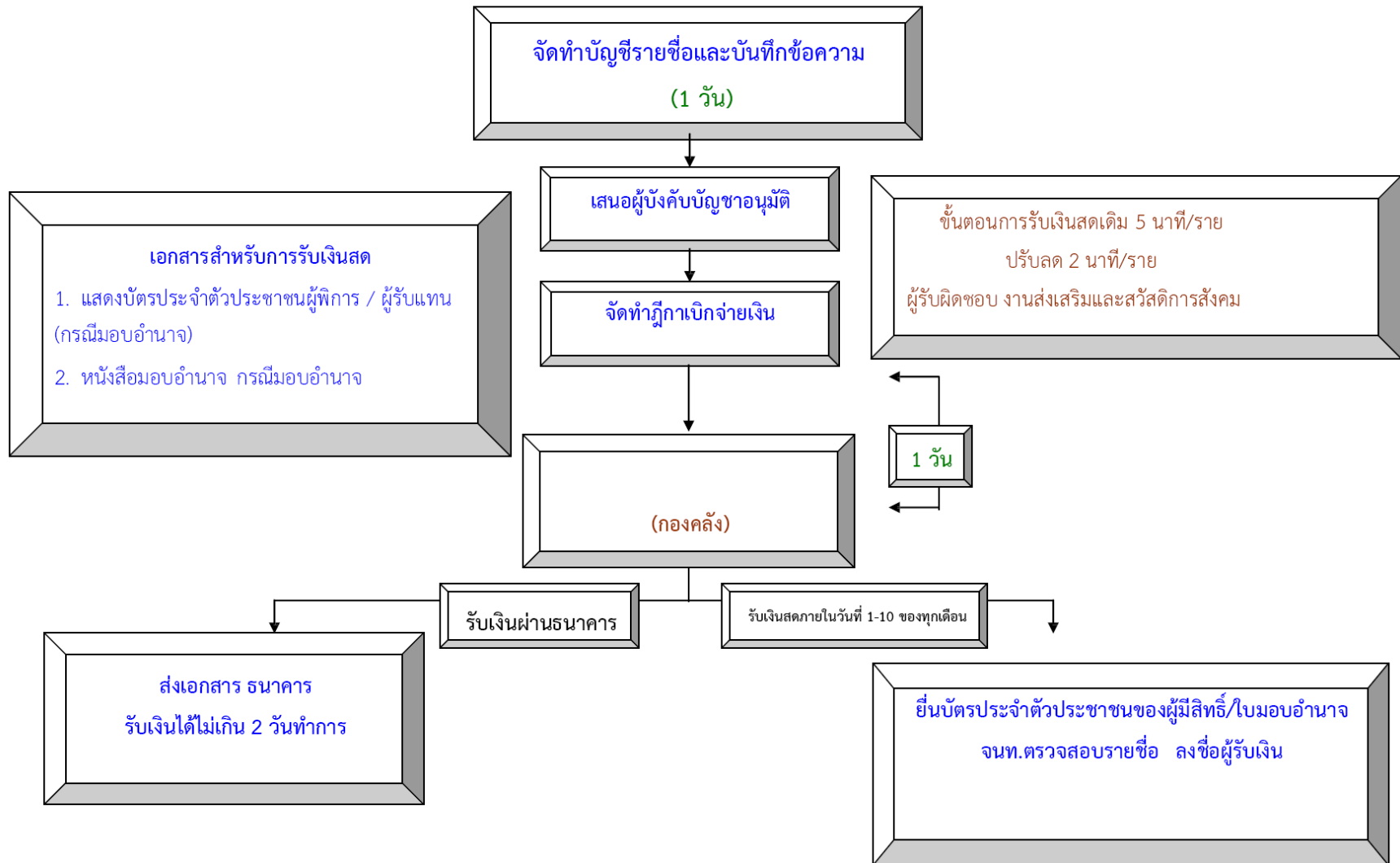
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

(การเบิก-จ่ายเบี้ยผู้สูงอายุ)



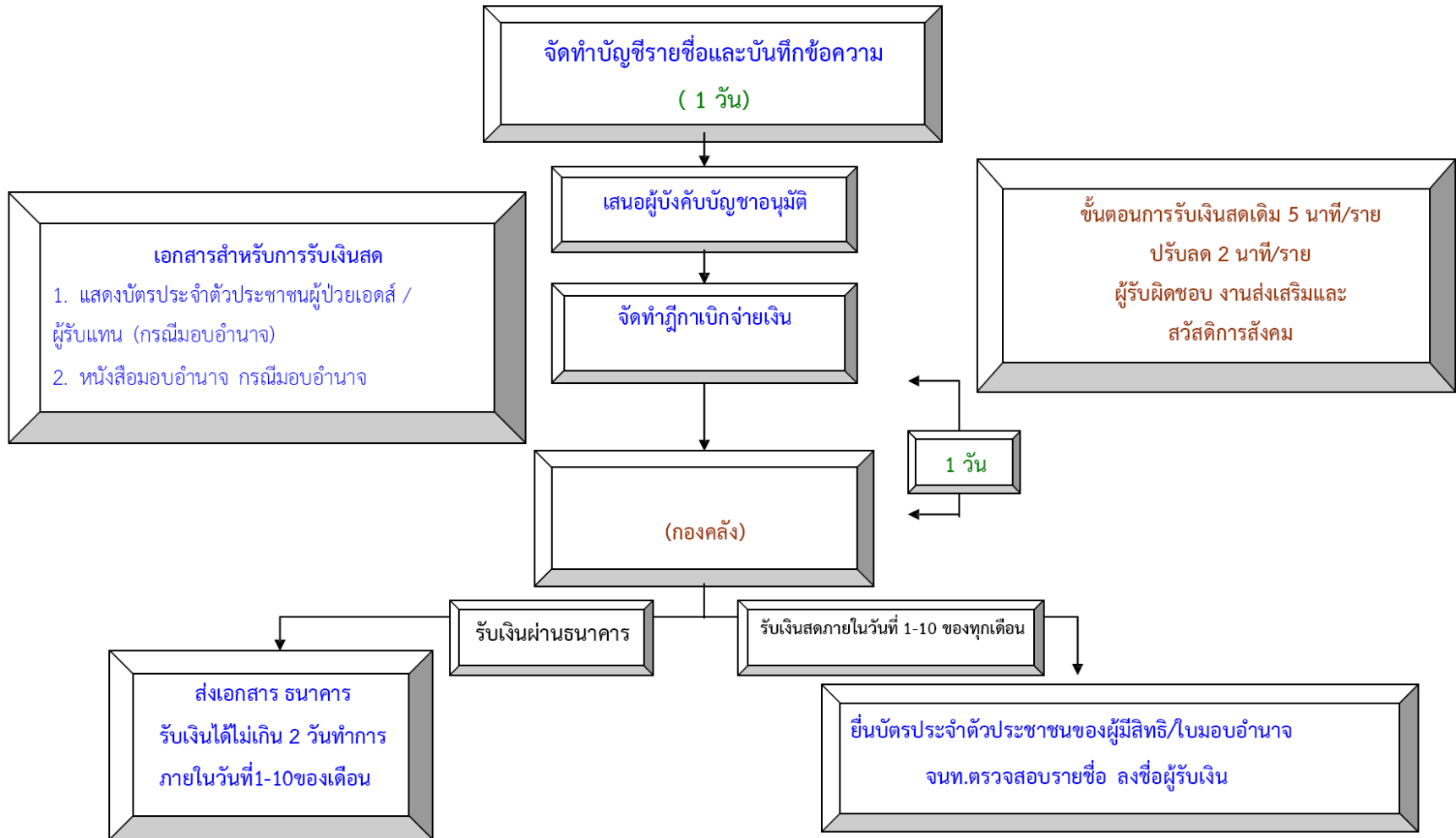
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

(การเบิก-จ่ายเบี่ยความพิการ)



แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

(การเบิก-จ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์)



ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

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.....มีชื่ออยู่ในสำเนา
ทะเบียนบ้านเลขที่ หมู่ที่.....ชุมชนที่.....ตรอก/ ซอย ถนน..... ตำบล.....ไทรงาม.....
อำเภอ.....บางเลน.....จังหวัดนครปฐม.....รหัสไปรษณีย์๗๓๑๓๐ โทรศัพท์.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน** กรณีที่เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ไม่ต้องกรอก
เลขที่ หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ ซอย ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดรหัสไปรษณีย์

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุ □-□□□□-□□□□□□-□□-□

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

- ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์
 ได้รับเงินเบี้ยความพิการ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ทะเบียนบ้าน
 สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
 บัญชีเงินฝากธนาคารบัญชีเลขที่..... ชื่อบัญชี.....

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ
บำนาญรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ
ขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

"ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐทุกปีและอนุญาตตรวจสอบสถานะการ
ดำรงชีวิตทุกเดือนกับสำนักทะเบียนราษฎร

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ)

(.....)

(นางปุณิกา อินทร์กรุงเก่า)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทนผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ
 ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา-มารดา บุตร สามเณร-ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ
 ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....
 เลขประจำตัวประชาชน --- ที่อยู่.....
 โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลไทรงาม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่นๆ (ระบุ).....

ชื่อ.....นามสกุล.....

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

ชื่อที่อยู่สำเนาในทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....ไทรงาม.....อำเภอ/เขต.....บางเลน.....

จังหวัด.....นครปฐม.....รหัสไปรษณีย์.....๗๓๑๓๐.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ ---

ประเภทความพิการ ความพิการทางการเห็น ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมหรือออทิสติก

ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางสติปัญญา

ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางการเรียนรู้

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ

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

เกี่ยวข้อโดยเป็น บิดา - มารดา บุตร สามเณร - ภรรยา พี่น้อง อื่น ๆ

สถานการณ์รับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ อยู่ในเขตบัญชีสำรองการสงเคราะห์
 เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเบี้ยยังชีพคนพิการ ประจำปี งบประมาณ ๒๕..... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

- รับเงินด้วยตัวเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบ
 อำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร.....เลขที่บัญชี ---

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการขอรับเงินผ่านธนาคาร)
- หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอ ฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ)เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน
 (.....)
 (นางบุณิกา อินทร์รุ่งเก่า)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติ นาย/นาง/นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□□□ แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (นางปุนิกา อินทร์กรุงเก่า) เจ้าหน้าที่ผู้จดทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลวงน้อย คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน (ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ (นางสาววัลลาภา ศิริพงศ์ไพโรจน์) นักวิชาการคลัง (ลงชื่อ).....กรรมการ (นายปรีชา ทรัพย์สุริต) หัวหน้าสำนักปลัด (ลงชื่อ).....กรรมการ (นายอนันต์ ทองต่อ) ผู้อำนวยการกองช่าง</p>
<p>คำสั่ง <input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น..... (ลงชื่อ)..... (นายธงชัย อำนาจนิกร) ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลไทรงาม ปฏิบัติหน้าที่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลไทรงาม วันที่.....เดือนพ.ศ.....</p>	

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยจะ มีสิทธิรับเงินเบี้ย
ความพิการในเดือนถัดไป ในอัตราเดือนละ ๕๐๐-บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายที่ภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น
จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนที่ย้ายที่อยู่ ทั้งนี้เพื่อเป็นการ
รักษาสีทึให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป



แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปถ่าย
คนพิการ

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

- ขอมีบัตรครั้งแรก
 ขอมีบัตรเนื่องจาก บัตรเดิมหมดอายุ ชำรุด
 สูญหาย มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ
 อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

- ๑.๑ คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่น ๆ(ระบุ)
- ๑.๒ ชื่อ..... นามสกุล.....
- ๑.๓ เกิดเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.
- ๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน
- ๑.๕ ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่น ๆ (ระบุ)
- ๑.๖ สถานภาพสมรส โสด สมรสอยู่ด้วยกัน หม้าย
- ๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....
- ๑.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....
- ๑.๙ การศึกษา
 ไม่ได้เรียน
จบการศึกษาชั้นสูงสุด
 ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย
 ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)
 อนุปริญญา ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
 ปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
 สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
 อื่น ๆ (ระบุ)
- ๑.๑๐ อาชีพ
 ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....
ประกอบอาชีพ
 เกษตรกรรม รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ลูกจ้างเอกชน
 รับจ้างทั่วไป ธุรกิจส่วนตัว อาชีพอื่น ๆ (ระบุ).....
- ๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ.....บาท/เดือน
- ๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว).....บาท
- ๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี)คน

๑.๑๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

- ทางการเห็น ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
 ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ทางสติปัญญา ทางการเรียนรู้ ทางอทิสติก

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ไม่มี มี (กรอกข้อมูลข้อ ๓.๒)

๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(๑) คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่นๆ(ระบุ)

(๒) ชื่อ..... นามสกุล.....

(๓) เลขประจำตัวประชาชน - - - -

เลขหนังสือเดินทาง (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)

(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ บิดมารดา บุตร สามีหรือภรรยา พี่น้อง
 ปู่ย่าตายาย ลุงป้าน้าอา บุคคลอื่น (ระบุ).....

(๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

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

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

มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....

(๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล.....บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ยินยอม ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ.....

(.....)

คนพิการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน

เลขประจำตัวประชาชน - - - -

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำข้อมีบัตรครบถ้วน เห็นควร ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ความเห็นอื่น ๆ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร



แบบ คร.01

แบบคำร้องขอลงทะเบียน
เพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ปีงบประมาณ

หน่วยงานรับลงทะเบียน.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้อมูลผู้ลงทะเบียน เป็นผู้ลงทะเบียนตามโครงการเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
- 1.1 บิดา มารดา ผู้ปกครอง ความสัมพันธ์กับเด็กแรกเกิด ระบุ.....
- 1.2 เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว.....
- 1.3 เลขประจำตัวประชาชน - - - -
- 1.4 เกิดเมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... อายุ.....ปี
- 1.5 สัญชาติ.....
- 1.6 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....อาคาร/ตึก.....ชั้น.....เลขที่ห้อง.....หมู่บ้าน.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์
- โทรศัพท์บ้าน - - - - โทรศัพท์มือถือ - - - -
- 1.7 ที่อยู่ปัจจุบัน ใจที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....อาคาร/ตึก.....ชั้น.....เลขที่ห้อง.....หมู่บ้าน.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์
- โทรศัพท์บ้าน - - - - โทรศัพท์มือถือ - - - -
- 1.8 อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ประกอบอาชีพ ระบุ.....
- 1.9 การศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา กำลังศึกษา.....
 จบการศึกษา (สูงสุด).....

2. ข้อมูลเด็ก (ตามสูติบัตร)

- 2.1 ชื่อ - นามสกุล เด็กชาย เด็กหญิง.....
- 2.2 เลขประจำตัวประชาชน - - - -
- 2.3 เกิดเมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้อมูลมารดา

- 2.4 เด็กหญิง นาง นางสาว.....
- 2.5 เลขประจำตัวประชาชน - - - -
- 2.6 อายุ.....ปี 2.7 สัญชาติ.....
- 2.8 อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ประกอบอาชีพ ระบุ.....
- 2.9 การศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา กำลังศึกษา..... จบการศึกษา (สูงสุด).....

ข้อมูลบิดา

- ไม่ปรากฏบิดา
- 2.10 เด็กชาย นาย.....
- 2.11 เลขประจำตัวประชาชน - - - -
- 2.12 อายุ.....ปี 2.13 สัญชาติ.....
- 2.14 อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ประกอบอาชีพ ระบุ.....
- 2.15 การศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา กำลังศึกษา..... จบการศึกษา (สูงสุด).....



แบบรับรองสถานะของครัวเรือน
ตารางแสดงจำนวนสมาชิกและรายได้ของครัวเรือน

ส่วนที่ 1 : ผู้ลงทะเบียน

ข้อมูลสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่จริงของผู้ลงทะเบียน

(กรณีต่างคำว่ามีบัตรประจำตัวซึ่งไม่มีสัญชาติไทย) สามารถกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มได้

ลำดับ ที่	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อ นามสกุล	อายุ	ความสัมพันธ์ กับเด็ก	อาชีพ	รายได้/เดือน	บัตรสวัสดิการ แห่งรัฐ	
							มี	ไม่มี

จำนวนสมาชิกของครัวเรือนทั้งหมด.....คน (นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย)

รายได้รวมของครัวเรือน.....บาท/ปี รายได้เฉลี่ยสมาชิกของครัวเรือน.....บาท/คน/ปี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายชื่อที่ปรากฏข้างต้น เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่ติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 180 วัน ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และสถานะของครัวเรือนของข้าพเจ้าเมื่อคำนวณแล้วมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง และยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถาม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ในบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้า หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตรงความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ระงับสวัสดิการและประโยชน์อื่น ๆ รวมทั้งคืนเงินที่ได้รับ

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน

(.....)

วันที่ลงทะเบียน.....

- หมายเหตุ : 1) รายได้เฉลี่ยคำนวณจากรายได้รวมของครัวเรือน ทหารด้วยจำนวนสมาชิกทั้งหมดของที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้น โดยนับรวมรายได้ในรอบปีของสมาชิกทุกคนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้นติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 180 วันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยให้นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย ซึ่งสมาชิกของครัวเรือนมีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติโดยสายโลหิต หรืออยู่กินด้วยกันฉันสามีภรรยา หรือด้วยเหตุอื่นตามกฎหมาย แต่ไม่นับรวมผู้ซึ่งเป็นลูกจ้างหรือผู้ซึ่งได้อนุญาตให้อยู่อาศัยด้วย
- 2) กรณีสมาชิกในครัวเรือนเป็นเจ้าของหน้าทีของรัฐ พนักงานบริษัท ผู้มีรายได้ประจำ ให้แนบหนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือนของผู้มีรายได้ประจำ ด้วยทุกคน
- 3) กรณีสมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐทุกคน ไม่ต้องมีผู้รับรองสถานะของครัวเรือน

ส่วนที่ 2 : ผู้รับรอง

<p>ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 1 (กรุณาเขียนตัวบรรจง) อุสม.</p> <p>ข้าพเจ้า <input type="radio"/> นาย <input type="radio"/> นาง <input type="radio"/> นางสาว นามสกุล..... ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน</p> <p>โทรศัพท์.....</p> <p><input type="radio"/> รับรอง ผู้ลงทะเบียนอาศัยอยู่ในพื้นที่ของข้าพเจ้า เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น</p> <p><input type="radio"/> ไม่รับรอง เนื่องจาก.....</p> <p>(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 1 (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....</p> <p>หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 1 : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมืองพัทยา อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร คณะกรรมการชุมชนของกรุงเทพมหานคร ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนั้น กรุงเทพมหานคร หากไม่มีผู้รับรองคนที่ 1 ให้ข้าราชการที่ดำรงตำแหน่งในระดับปฏิบัติการขึ้นไปหรือเทียบเท่าที่ปฏิบัติหน้าที่ในกรุงเทพมหานครเป็นผู้รับรองได้</p>
<p>ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 2 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)-ผู้ใหญ่บ้าน</p> <p>ข้าพเจ้า <input type="radio"/> นาย <input type="radio"/> นาง <input type="radio"/> นางสาว นามสกุล..... ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน</p> <p>โทรศัพท์.....</p> <p><input type="radio"/> รับรอง ผู้ลงทะเบียนอาศัยอยู่ในพื้นที่ข้าพเจ้า เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่มีรายได้ไม่เกิน 100,000 บาท ต่อ ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น</p> <p><input type="radio"/> ไม่รับรอง เนื่องจาก.....</p> <p>(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 2 (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....</p> <p>หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 2 : ประธานอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำตำบล ประธานชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการสถานบริการสาธารณสุขในระดับตำบล ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่นที่ดำรงตำแหน่งในระดับปฏิบัติการขึ้นไปหรือเทียบเท่า ที่ปฏิบัติหน้าที่ในท้องที่หรือท้องถิ่นแห่งนั้น (ต้องมีใช้ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน)</p>
<p>ส่วนที่ 3 : การปิดประกาศ (สำหรับหน่วยงานรับลงทะเบียน)</p> <p>เด็กหญิง/เด็กชาย/นาย/นางสาว..... เป็นผู้ปกครองที่มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ที่ได้ปิดประกาศ 15 วันแล้ว ตามประกาศ (ชื่อ อปท.)..... ลงวันที่..... ลำดับที่.....</p> <p>(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน (.....) วันที่</p>

ส่วนที่ 3 : การปิดประกาศ (สำหรับหน่วยงานรับลงทะเบียน)

ได้ปิดประกาศ 15 วันแล้วตามประกาศ..... เลขที่..... ลงวันที่.....

- ไม่มีผู้คัดค้าน
- มีผู้คัดค้าน เนื่องจาก.....

กรณีมีผู้คัดค้านได้ดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริงแล้ว พบว่า.....

ผลการพิจารณาในกรณีมีผู้คัดค้าน

- มีสิทธิลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
- ไม่มีสิทธิลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ส่วนที่ 4 : ผลการพิจารณาการลงทะเบียน

(สำหรับกรมกิจการเด็กและเยาวชน และสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด)

ผลการพิจารณาการลงทะเบียนของผู้ขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด กรมกิจการเด็กและเยาวชน หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ได้พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเอกสารแล้ว ปรากฏว่า

- มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
- ไม่มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

แบบฟอร์มการขึ้นทะเบียนการขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลไทรงาม

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ..... ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....

ถนน..... ตรอก/ซอย..... หมู่ที่..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

๑. ที่พักอาศัย

() เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ขำรุดทรุดโทรม () ขำรุดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวร

() เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

๒ . ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

๓. การพักอาศัย

() อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....

() พักอาศัยกับ รวมคน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

๔. รายได้ - รายจ่าย

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....สถานที่ติดต่อเลขที่.....

ถนน.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....เกี่ยวข้องกับ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

..... ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลไทรงาม

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มีสิทธิได้รับการ

สงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่.....นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

() เป็นเงินสด

() โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยจะได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ในเดือนถัดไป นับจากเดือนที่ลงทะเบียน ในอัตราเดือนละ ๕๐๐ บาท กรณีผู้ป่วยเอดส์ย้ายภูมิลำเนา ไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ณ ที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น แห่งใหม่ภายในเดือนที่ย้ายไป เพื่อรักษาสีทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ทั้งนี้ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่จะต้องดำเนินการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ได้ ก็ต่อเมื่อได้รับการยืนยัน จากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งเดิมเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน

ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือมอบอำนาจ

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ต.รอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ต.รอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ รับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ แทนข้าพเจ้า “ทั้ง
ในขณะที่ชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

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

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะที่ชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้า ได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

*** หมายเหตุ หากมีข้อสงสัย นอกเหนือจากคู่มือฯ ติดต่อสอบถามได้ที่
งานสวัสดิการสังคมและพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลไทรงาม
โทร. ๐๓๔-๙๙๒๑๙๙ ***