คู่มือการปฏิบัติงานเบี้ยยังชีพ

** การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
** การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ
** การยืนคำขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพป่วยเอดส์
** ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ

งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลพุแค
โทรศัพท์/โทรสาร 036-670702

คำนำ

องค์การบริหารส่วนตำบลพุแค มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคม และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลเหล่านี้ รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การรับลงทะเบียนผู้พิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ผู้ป่วยเอดส์เพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ทั้งการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้กับบุคคลดังกล่าว โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพของปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548 ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2552 และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็วและถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าว จึงได้จัดทำคู่มือ คู่มือการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ และยื่นคำร้องเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

องค์การบริหารส่วนตำบลพุแค หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิที่ตนพึงได้รับรวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนซึ่งให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการต่อไป

งานสวัสดิการสังคม
องค์การบริหารส่วนตำบลพุแค

สารบัญ

หน้า
คำนำ
สารบัญ
ความเป็นมาและความสำคัญในการจัดทำคู่มือ 1
คู่มือสำหรับการขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 2
คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 3
ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 4
คู่มือสหรับประชาชนการขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ 5
ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ 6
คำชี้แจง 7-12
ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ 13-15
ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ 16

ภาคผนวก
แผนผังแสดงขึ้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
-การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ
-การรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ
-การรับขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์
แบบฟอร์มการขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ
แบบฟอร์มการขึ้นทะเบียนผู้พิการ
หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์
แบบค ขอขอรับการสงเคราะห์
หนังสือมอบอนาจ
หนังสือรับรองการมีชีวิต
สารพันคำถาม

ความเป็นมาและความสำคัญในการจัดทำคู่มือ

คู่มือการปฏิบัติงานWorkManualเป็นเครื่องมือที่สคัญอย่างหนึ่งในการทำงาน ทั้งระดับ หัวหน้างานและผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นการจัดทำรายละเอียดของการทำงานในหน่วยงานนั้น ๆ อย่างเป็นระบบ และครบถ้วนสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลายประการ เช่น การสอนงาน การตรวจสอบการทำงาน การควบคุมงาน การติดตามงานและการประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นต้น ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานขององค์กรเปรียบเสมือนแผนที่บอกเส้นทางการทำงานที่มีจุดเริ่มต้น และจุดสิ้นสุดมีคำอธิบายตามที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานไว้ใช้อ้างอิงไม่ให้เกิดข้อผิดพลาดในการทำงาน การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานถือ เป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการสร้างการปฏิบัติงานตามแนวทางของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนา ระบบข้าราชการ(ก.พ.ร.) ที่มุ่งไปสู่การบริการคุณภาพทั่วทั้งองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพทั้งานนี้ของส่วนราชการได้เพื่อให้การพัฒนามาตรฐานเป็นไปตามเป้าหมายได้ผลิตผลหรือการบริการที่มีคุณภาพเสร็จรวดเร็วทันตามกำหนดเวลาเพื่อบรรลุข้อกำหนดที่สาคัญของกระบวนการดังกล่าว คู่มือการปฏิบัติงานของหน่วยงานดังนี้

เพื่อให้หน่วยงานมีการจัดทำคู่มือฯ เพื่อประกอบการปฏิบัติงานให้เป็นมาตรฐานเดียวกันรวมถึงป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ สำหรับการจัดทำคู่มือ การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานของฝ่ายต่าง ๆ ดังนี้เพื่ออธิบายขั้นตอนรายละเอียดของงานในความรับผิดชอบของงานสวัสดิการสังคมให้ผู้ปฏิบัติงานทราบและเข้าใจว่าควรปฏิบัติงานอย่างไรและควรอะไรก่อนและหลังโดยมีเอกสารอ้างอิงในการปฏิบัติงานเพื่อให้การปฏิบัติงานสวัสดิการสังคมมีแนวทางการปฏิบัติเป็นตามมาตรฐานและเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดได้ผลผลิตหรือการบริการที่มีคุณภาพ รวดเร็วทันตามกำหนดเวลานัดหมาย

เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานด้านสวัสดิการสังคมหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานดังกล่าวสนใจใฝ่รู้ได้ทราบแนวทางการปฏิบัติงานสวัสดิการสังคม และสามารถนำไปใช้เป็นสื่อในการติดต่อประสานงาน เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับผู้บริหารได้ทบทวนและติดตามการปฏิบัติงานได้ทุกขั้นตอน

คู่มือสำหรับประชาชน

การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ให้ผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์
ในปีงบประมาณถัดไปลงทะเบียนและ
ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้อายุ
ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เดือนกันยายน

คุณสมบัติ

ของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ตรวจสอบดูคุณสมบัติของตัวเอง ตามรายการดังนี้

(1) มีสัญชาติไทย

(2) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลพุแค(ตามทะเบียนบ้าน)

(3) เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ใน ปีถัดไป

(4) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ ปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถาน สงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำหรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้ ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

<u>หมายเหตุ</u> :กรณีได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้วและได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่ของตำบลพุแค จะต้องมาขึ้นทะเบียนที่องค์การบริหารส่วนตำบลพุแค นับตั้งแต่วันที่ย้ายเข้าแต่ไม่เกินเดือน กันยายนของปีนั้น ๆ

ทั้งนี้ ให้ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากองค์การบริหารส่วนตำบลพุแค

ในปีงบประมาณถัดไป เพื่อใช้สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพต่อเนื่อง

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

“ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ”
ณ งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลพุแค

เตรียมเอกสาร ดังนี้

- บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตร อื่นที่ออกโดยหน่วยงานของ รัฐที่มีรูปถ่าย
- ทะเบียนบ้าน
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร สำหรับกรณีที่ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร

หมายเหตุ : ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองจะมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อที่องค์การบริหารส่วนตำบลพุแค

คู่มือสำหรับประชาชน

การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ

ตรวจสอบดูคุณสมบัติของตัวเอง ตามรายการดังนี้

1. มีสัญชาติไทย
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลพุแค(ตามทะเบียนบ้าน)
3. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
4. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ตัวอย่างบัตรประจำตัวคนพิการ

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ

“ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ”
งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลพุแค

*** บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับจริง

*** ทะเบียนบ้าน

*** สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร สำหรับกรณี ที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ

ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผ่านธนาคาร

หมายเหตุ :กรณีที่คนพิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง ให้มอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทน แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและคนดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ เพื่อลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยความพิการได้

คำชี้แจง

**** ผู้สูงอายุ/คนพิการที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพอยู่แล้วในพื้นที่อื่น ภายหลังได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่ในพื้นตำบลพุแค ให้มาแจ้งขึ้นทะเบียนเพื่อ ขอรับเงินเบี้ยยังชีพต่อที่องค์การบริหารส่วนตำบลพุแค เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพในปีงบประมาณถัดไป

นาง ก. รับเงินเบี้ยยังชีพอยู่อบต. หนู ไก่ภายหลังได้แจ้งย้ายที่อยู่มาอยู่ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลพุแค ในวันที่ กรกฎาคม นาง ก. ต้องมาขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุใหม่ที่องค์การบริหารส่วนตำบลพุแค ไม่เกินเดือนพฤศจิกายน แต่ นาง ก. จะยังคงรับเงินเบี้ยยังชีพที่ อบต. หนู ไก่อยู่จนถึงเดือนกันยายน และมีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ที่องค์การบริหารส่วนตำบลพุแค ในเดือน ตุลาคม เป็นต้นไป ****

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงิน

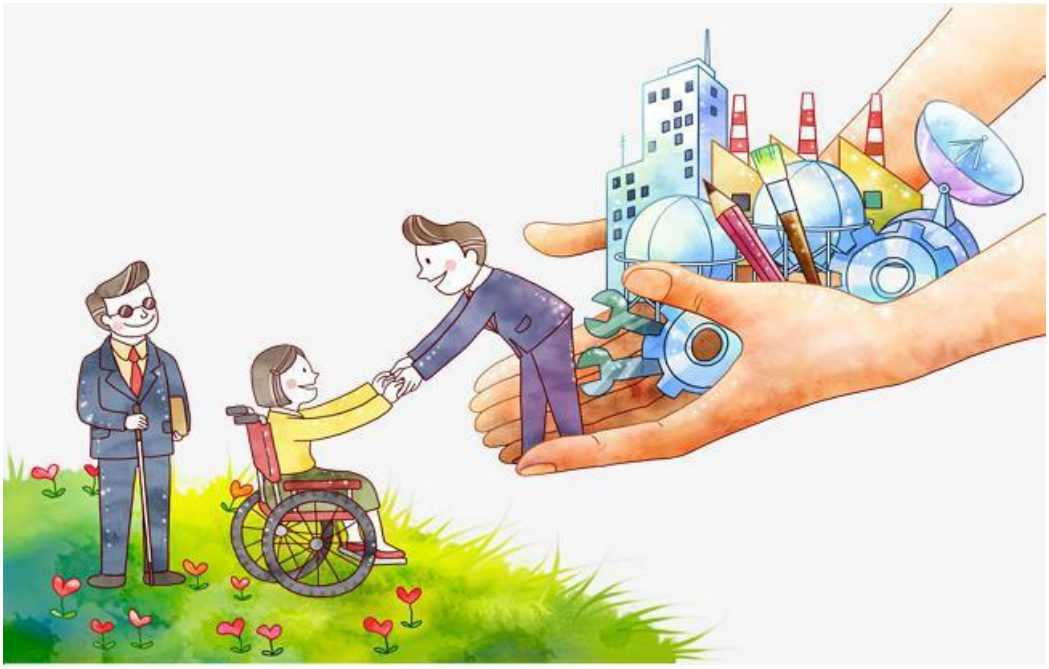
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ

ให้ผู้ที่มายื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพมาตรวจสอบ รายชื่อ ตามประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลพุแค ภายในวันที่ 15 ธันวาคม ของทุกปี (นับจากวันสิ้นสุดกำหนดการยื่นขอขึ้ทะเบียน วันที่ 30 พฤศจิกายน ของทุกปี)

การจ่ายเงิน

เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ

องค์การบริหารส่วนตำบลพุแค ดำเนินการเบิกจ่ายเงินให้กับผู้สูงอายุและคนพิการที่มาขึ้นทะเบียนไว้แล้ว โดยจะเริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม ปีถัดไป โดยจะจ่ายเป็นเงิสด หรือโอนเข้าบัญชีธนาคาร ตามที่ได้แจ้งความประสงค์ไว้



กำหนดการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพ ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน

ช่องทางการรับเงินเบี้ยยังชีพ

ผู้ประสงค์รับเงินผ่านธนาคาร

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร
ทุกธนาคาร สาขาใดก็ได้
ในนามผู้สูงอายุ /ผู้พิการ หรือ
ผู้รับมอบอำนาจ หรือผู้ดูแลผู้พิการ

ผู้ประสงค์รับเงินสด

รับเงินสดตามสถานที่ อบต.พุแค
กำหนด

รับเงินสดในนามผู้สูงอายุ
ผู้พิการหรือผู้รับมอบอำนาจ

การคำนวนเงินเบี้ยยังชีผู้สูงอายุตามขั้นบันได

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับในปัจจุบัน
การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพจะคิดในอัตราขั้นบันได

ขั้นบันได หมายถึงการแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วงๆ โดยเริ่มตั้งแต่อายุ 60 ปี

การคำนวนอายุเพื่อรับเบี้ยยังชีพจะคำนวณตามปีงบประมาณ

ไม่ใช่ปีปฏิทิน และไม่มีการเพิ่มอายุระหว่างปี

ขั้นบันได	ช่วงอายุ(ปี)	จ านวนเงินที่ได้รับ/เ
ขั้นที่ 1	60-69	600
ขั้นที่ 2	70-79	700
ขั้นที่ 3	80-89	800
ขั้นที่ 4	90 ปีขึ้นไป	1,000

วิธีคำนวณอายุ

การนับอายุว่าจะอยู่ในขั้นที่เท่าไหร่ ให้นับ ณ วันที่ 30 กันยายน เท่า

นาง ข. เกิด 5 เมษายน 2489ณ วันที่ 30 กันยายน 2559 นาง ข. จะอายุ 70 ปี หมายความว่า นาง ข. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ 700 บาท ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2559 ถึง เดือนกันยายน 2560 (ตลอดปีงบประมาณ 2560)

นาง ก. เกิด 30กันยายน 2489ณ วันที่ 30 กันยายน 2559 นาง ก. จะอายุ 70 ปี หมายความว่า นาง ก. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ 700 บาท ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2559 ถึง เดือนกันยายน 2560 (ตลอดปีงบประมาณ 2560)

นาง ค. เกิด5 ตุลาคม2489 ณ วันที่ 30 กันยายน 2559 นาง ค. จะอายุ 69 ปี หมายความว่า นางค. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ600บาท ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2559 ถึง เดือนกันยายน 2560 (ตลอดปีงบประมาณ 2560)

การนับรอบปีงบประมาณ คือ

วันที่1 ตุลาคม ของปี พ.ศ. ปัจจุบันถึงวันที่30 กันยายน ของปี พ.ศ. ถัด

ปีงบประมาณ 2560 จะเริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 30 กันยายน 2560

ปีงบประมาณ 2561 จะเริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน2561

ปีงบประมาณ 2562 จะเริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2562

ปีงบประมาณ 2563 จะเริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2563

ปีงบประมาณ 2564จะเริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2564

การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ

1. ตาย
2. ย้ายภูมิลำเนาออกจากพื้นที่ตำบลพุแค
3. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
4. ขาดคุณสมบัติ

หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ

1. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง

2. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพหรือผู้รับมอบอนาจแจ้งรับเป็นเงินสดา ต้องมารับเงินให้ตรงตาม วัน เวลา ที่องค์การบริหารส่วนตำบลพุแคกำหนด เมื่อย้ายภูมิลำเนาออกจากองค์การบริหารส่วนตำบลพุแคไปอยู่ภูมิลำเนาอื่นอื่นต้องแจ้งข้อมูลให้องค์การบริหารส่วนตำบลพุแค ได้รับทราบและต้องไปขึ้นทะเบียนขอรับ เบี้ยยังชีพกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ย้ายเข้าไปใหม่ด้วย เพื่อรักษาสิทธิให้ต่อเนื่องต่อไป

4. ให้ผู้ที่รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ แสดงการมีชีวิตอยู่ องค์การบริหารส่วนตำบลพุแค ระหว่างวันที่ตุลาคมของทุกปี

5. กรณีตาย ให้ผู้ดูแลหรือญาติของผู้สูงอายุ หรือคนพิการของผู้รับเงินเบี้ยยังชีพแจ้งการตาย ให้องค์การบริหารส่วนตำบลพุแคได้รับทราบภายใน 7 วัน (พร้อมสำเนาใบมรณะบัตร)

ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ

1. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสารรับรองสภาพความพิการ

2. ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสระบุรี หรือ ติดต่อที่งานสวัสดิการสังคม ดำเนินการการยื่นเอกสารให้ โดยเตรียมเอกสารดังต่อไปนี้

2.1 เอกสารรับรองสภาพความพิการที่รับรองโดยแพทย์เฉพาะทาง(ฉบับจริง)

2.2 รูปถ่าย ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป

2.3 สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ

2.4 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ

2.5 ถ้าคนพิการมีผู้ดูแล ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ อย่างละ 1 ฉบับ

การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการสามารถต่อได้ที่สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสระบุรี หรือ ติดต่อที่งานสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลพุแค ยื่นเอกสารให้โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

1. บัตรประจำตัวคนพิการฉบับเดิม

2. รูปถ่าย ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป

3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ1 ฉบับ

4. ถ้าคนพิการมีผู้ดูแล ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ดูแลคนพิการ อย่างละ 1 ฉบับ

การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการผู้ดูแลผู้พิการคนเก่าและผู้ดูแลผู้พิการคนใหม่ ต้องไปติดต่อทำเรื่องเปลี่ยนแปลง ณ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสระบุรี พร้อมกันด้วยตนเองโดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

1. บัตรประจำตัวคนพิการฉบับเดิม
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ 1 ฉบับ
3. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนเดิม ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำ เนาทะเบียนบ้าน อย่างละ 1 ฉบับ
4. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ 1 ฉบับ
5. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ จำนวน 1ฉบับ
6. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้รับรอง(กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ส.อบต. หรือ ข้าราชการ ระดับ 3 ขึ้นไป) จำนวน 1 ฉบับ

ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548

1. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์สถานพยาบาลของรัฐ แพทย์ต้องระบุ**“เอดส์”** / **“ผู้ป่วยเอดส์”** เท่านั้น

2. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลพุแค

เป็นผู้มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู ประกอบอาชีเลี้ยงตนเองได้

3. การยื่นคร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์า สามารถยื่นคำร้องได้ที่งานสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลพุแคโยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่นดังนี้

3.1 ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐแพทย์ต้องระบุ**“เอดส์”** / **“ผู้ป่วยเอดส์”**

3.2 บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง

3.3 ทะเบียนบ้านฉบับจริง

4. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดเนินการแทนได้

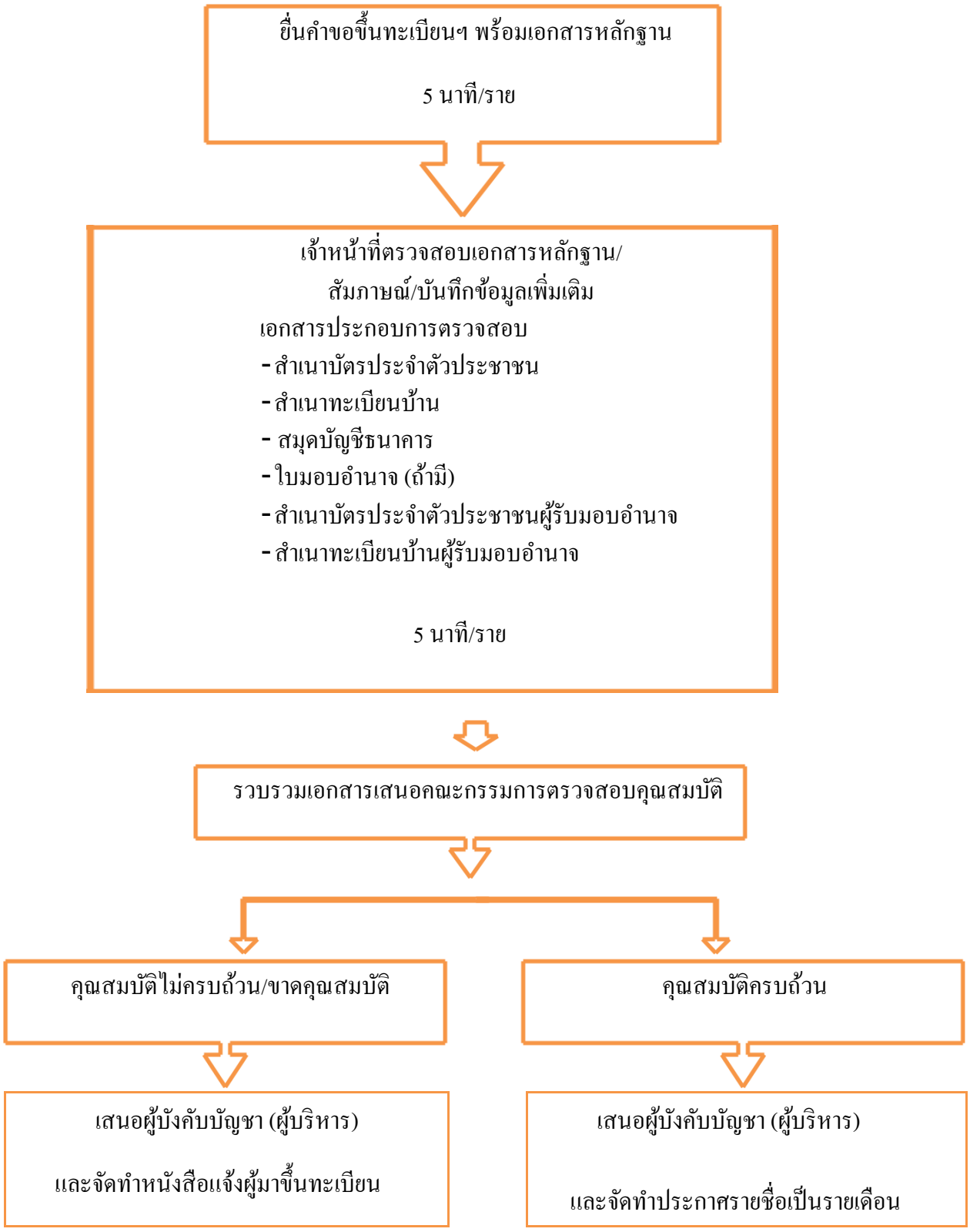
5. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการผู้สูงอายุและคนพิการหรือเป็นทั้ง สามารถดำเนินการได้ ทั้งหมด

ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่า“เอดส์” / “ผู้ป่วยเอดส์” เท่านั้น
หากระบุว่าHIV เอชไอวี ผู้มีเชื้อเอชไอวีภูมิคุ้มกันบกพร่อง
เป็นอย่างอื่น ถือว่าไม่เข้าหลักเกณฑ์การได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ
ผู้ป่วยเอดส์

ภาคผนวก

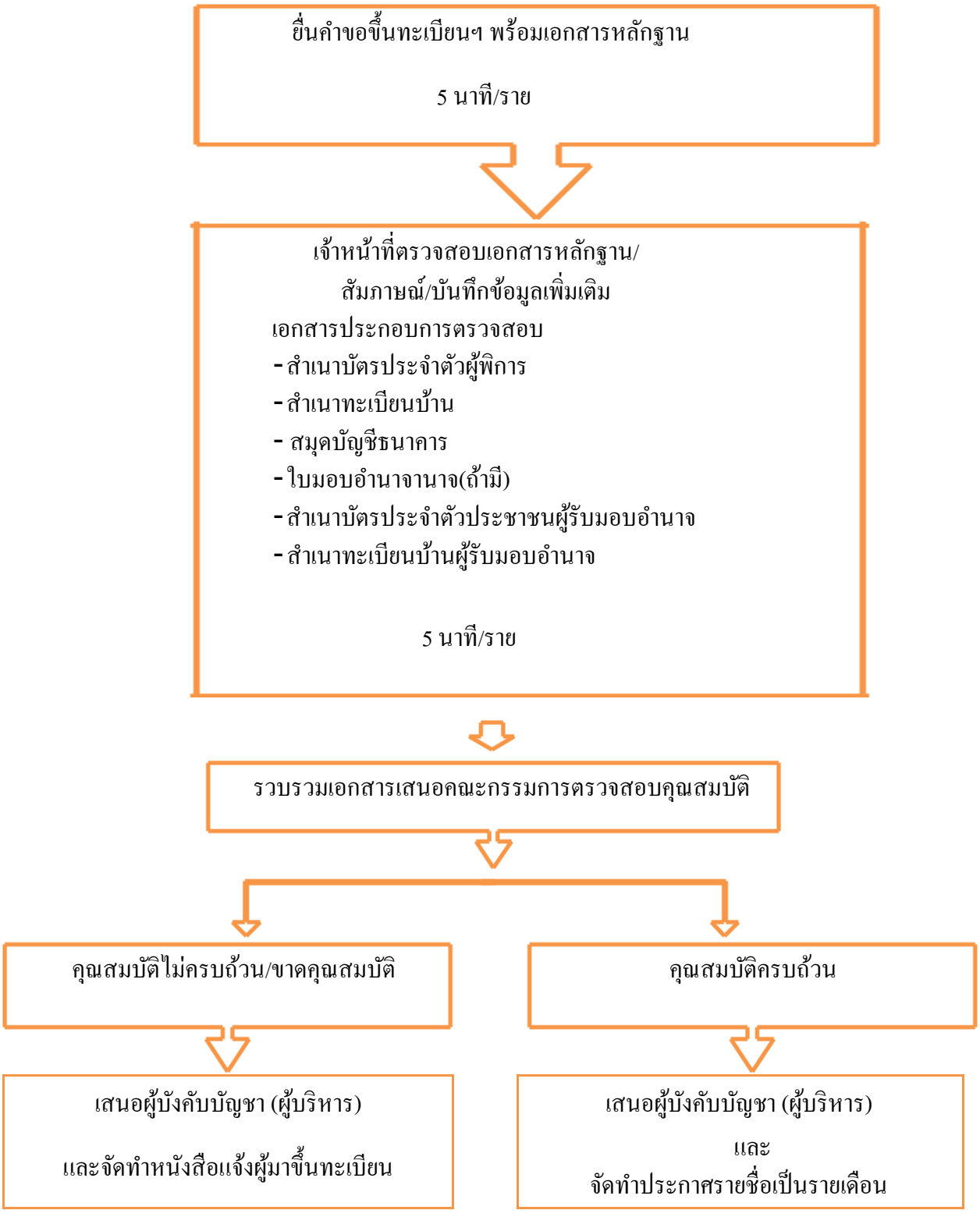
แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ

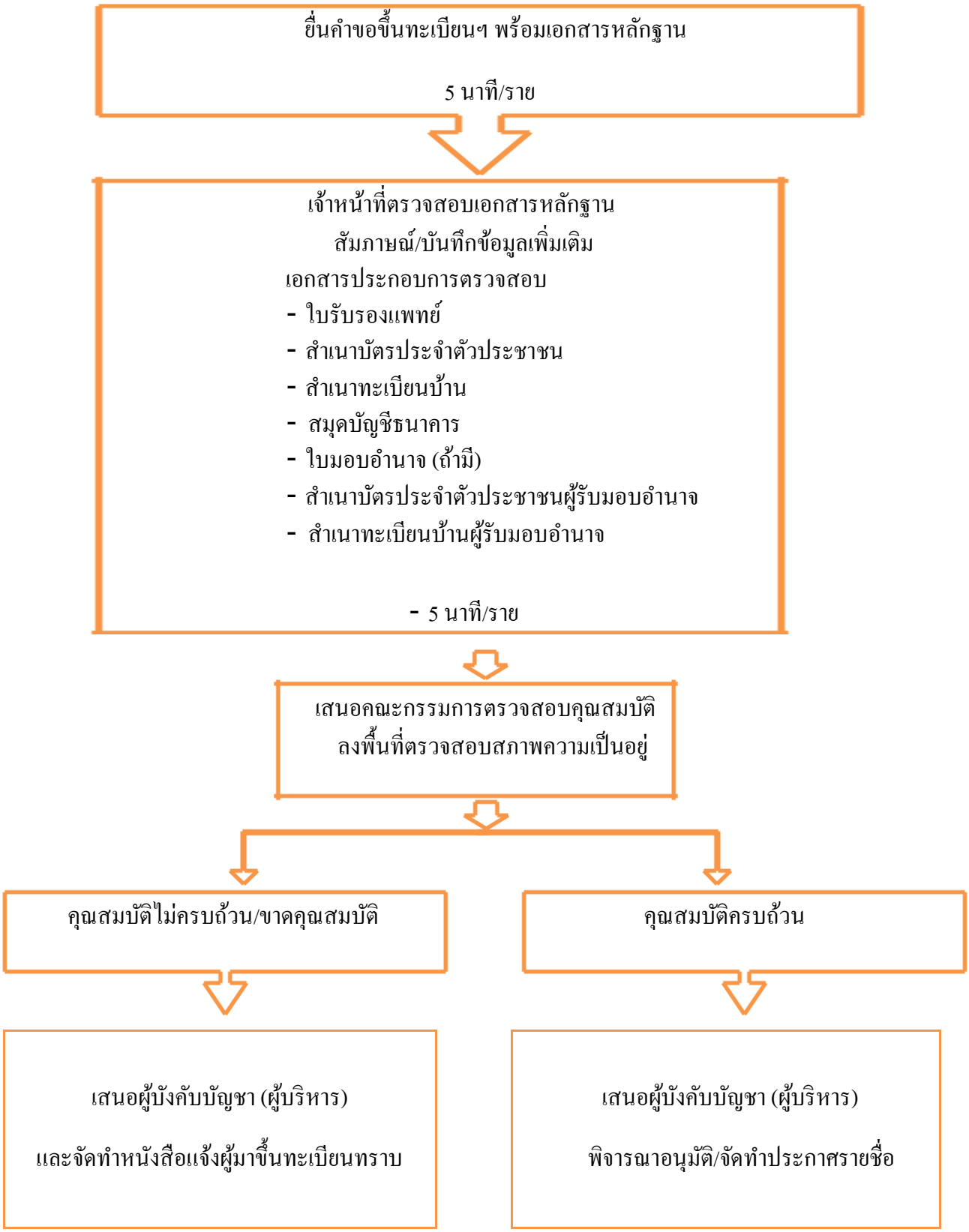


แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

การรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ



แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
การรับขึ้นทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์



ทะเบียนเลขที่ ...../

แบบค าขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอ านาจให้บุคคลอื่นมายื่นค าขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นค าขอฯ แทนตามหนังสือมอบอ านาจ..... กับผู้สูงอายุที่

ชื่อ–สกุล (ผู้รับมอบอ านาจ) ..... เลขประจ าตัวประชาชนผู้รับมอบอ

□-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....

วันที่ .....เดือน..... พ.....ศ.....

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

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

ทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่ที่/ชุมชน..... .....ตรอก/ ซอย ..... ถนน.....

ต าบล..... อาเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจ าตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นค □ □□□□ □□□□□ □□□ □ าขอ- - -

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

รายได้ต่อเดือน..... บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป:สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

□ ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ □ ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

□ ได้รับเงินเบี้ยความพิการ □ ย้ายภูมิล าเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ .....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

□ รับเงินสดด้วยตนเอง □ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอ านาจจากผู้มีสิทธิ

□ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ □ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอ านาจจากผู้มีสิทธิ พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

□ ส าเนาบัตรประจ าตัวประชาชน หรือส าเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย □ สาเนาทะเบียนบ้าน

□ ส าเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร(ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธ

□ หนังสือมอบอ านาจพร้อมส าเนาบัตรประจ าตัวประชาชนของผู้มอบอ านาจและผู้รับมอบอ านาจ

□ ส าเนาบัญชีเงินฝากธนาคาร .....บัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบ านาญาเหน็จรายเบี้ยหวัด บ าน เดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจและขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

(ลงชื่อ.....) (ลงชื่อ.....)

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

ผู้ยื่นค าขอ/ผู้รับมอบอ านาจยื่นค าขอ เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และท าเครื่องหมาย □ ในช่อง □ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	**ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**
เรียนคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ ..... หมายเลขบัตรประจ าตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□- □□-□ แล้ว □ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน □ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก .... (ลงชื่อ) ..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	เรียน นายก เทศมนตรี/อบต. ..... คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว ม ความเห็นดังนี้ □ สมควรรับลงทะเบียน □ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ.....) ( ) กรรมการ (ลงชื่อ.....) ( ) กรรมการ (ลงชื่อ..... (

ค าสั่ง

□ รับลงทะเบียน □ ไม่รับลงทะเบียน □ อื่น ๆ.....

.....

(ลงชื่อ) .....

( )

วัน/เดือน/ปี .....

ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นค าขอลงทะเบียนเก็บไว้

ยื่นแบบค าขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ ..... เดือน ....พศ.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน***ในอัตราแบบขั้นบันได ภายในวันที่๑๐ของทุกเดือน***กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปาเนาลงทะเบียนยื่นค าขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุณที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายใน เดือนกันยายนทั้งนี้ เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

ตัวอย่าง

ตัวอย่าง

ทะเบียนเลขที่..... /

แบบค าขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอ านาจให้บุคคลอื่นมายื่นค าขอลงทะเบียนแทน:ผู้ยื่นคาขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอ านาจ เกี่ยว

พิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา– มารดา ☐ สามี– ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการ ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

ลงทะเบียน ชื่อ–สกุล (ผู้รับมอบอ านาจ).....

.เลขประจ าตัวประชาชนผู้รับมอบอ าน

โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่..... .....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .....

ค าน าหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (ระบุ) .....

ชื่อ..... นามสกุล.....

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

เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... .....หมู่บ้าน/ชุมชน.....

ต าบล/แขวง..... อ าเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจ าตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นค

ประเภทคนพิการ ☐ความพิการทางการเห็น ☐ความพิการทางสติปัญญา

☐ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ความพิการทางการเรียนรู้

☐ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ความพิการทางออทิสติก

☐ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส ☐โสด ☐คู่สมรส ☐หม้าย ☐หย่าร้าง ☐แยกกันอยู่ ☐อื่น.....ๆ

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

ข้อมูลทั่วไป: สอบถามการพร้อมรวัสดิก รถกายชื่อไม่ตรงได้ที่ระบบนี้อธิษฐิต ☐ตาได้รับ (ย้ายภูมิล าเนา) เข้ามาอยู่ใหม่

เมื่อ.....

☐ได้รับเงินเบี้ยดัชพีผู้พุง ได้รับการสงตราเบี้ยดัชพีผู้ ตั้งๆ (ระบุ) .....

☐อื่นๆ (ระบุ)..... รายได้ต่อเดือน(ระบุ)..... (บาท)

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชัพความพิการ ประจ าปีงบประมาณโดยวิธีดังต่อไปนี้พ.ศ.(เลือก 1 วิธี).....

☐รับเงินสดด้วยตนเอง ☐รับเงินตรโดยบุคคลที่ได้รับมอบอ านาจจากผู้มีสิทธิ์

☐โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ์ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอ านาจจากผู้

ธนาคาร..... สาขา.....เลขบัญชี.....

ชื่อบัญชี.....

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ส าเนาบัตรประจ าตัวคนพิการ ☐ส าเนาทะเบียนบ้าน

☐ส าเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้รับเงินมีความพิการประสงค์จะรับเงินทางธนาคาร)

☐หนังสือมอบอ านาจพร้อมส าเนาบัตรประจ าตัวประชาชนของผู้มอบอ านาจและผู้รับมอบอ านาจ (ในกรณีมีการมอบอ านาจ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นค าขอ(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

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

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และส าหรับเครื่องหมาย √ในช่องหน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติหมายเลขบัตรประจ าตัวประชา นาย/นาง/นางสาว/..... หมายเลขบัตรประจ าตัวประชาชน □- - □เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน □เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ .... (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้ที่รับจดทะเบียน	เรียน นายกเทศมนตรี / นายก อบต..... คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว ความเห็นดังนี้ □ควรรับลงทะเบียน □ไม่ควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)

ค าสั่ง

□รับลงทะเบียน □ไม่รับลงทะเบียน อื่น ๆ ....

.....

(ลงชื่อ) .....

นายกเทศมนตรี / นายก อบต. .....

วันที่ / เดือน / ปี .....

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้พิการที่ยื่นค าขอลงทะเบียนเก็บไว้

. ยื่นแบบค าขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน..... พ.ศ. .....

การลงทะเบียนครั้งนี้เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการประจ าปีงบประมาณโดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยพ.ศ.....

ความพิการ**ในอัตราเดือนละ 800 บาท**ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือนกรณีผู้พิการย้ายภูมิล าเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องลงทะเบียนยื่นค าขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ศูนย์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่โดยเร็วที่องทั้งนี้เพื่อเป็นการเพื่อรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

ตัวอย่าง

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบค าขอรับการสงเคราะห์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ล าดับที่...(.../.....)

เรียน.....

ด้วย.....นามสกุล.....เลขประจ

าตัวประชาชน..... เกิดวันที่..... เดือน..... . พ.ศ..... อายุ.....ปี

มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....ถนน..... ตรอก/ซอย.....

หมู่ที่..... ต าบล..... อ .....าเภอ...จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติมดังนี้

1.ที่พักอาศัย

( ) เป็นของตนเอง และมีลักษณะ ( ) ช ารุดทรุดโทรมมาก ( ) ช ารุดทรุดโทรมบางส่วน ( ) มั่นคงถาวรด

( ) เป็นของ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

2.ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้.....

( ) สะดวก ( ) ล าบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

( ) สะดวก ( ) ล าบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

( ) สะดวก ( ) ล าบาก เนื่องจาก.....

3.การพักอาศัย

( ) อยู่เพียงล าพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....

( ) พักอาศัยกับ.....รวม.....คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จ านวน.....คน

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ เนื่องจาก.....

4. รายได้- รายจ่าย

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

น าไปใช้จ่ายเป็นค่า.....เลี้ยงชีพ และค่ายา.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ (นาย/นาง/นางสาว.....).....นามสกุล.....

สถานที่ติดต่อเลขที่.....ถนน.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ต. าบล.....

อ าเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

เกี่ยวข้องเป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยค าที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....ผู้ให้ถ้อยค า

(.....)

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ใบสอบประวัติ

ผู้ป่วยโรคเอดส์

1. ชื่อ..... นามสกุล.....

2. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

3. อายุ..... ปี

4. ที่อยู่

4.1 อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ตำบล..... .. ..
.....
อำเภอ..... จังหวัด.....

4.2 กรรมสิทธิ์ในการครอบครอง

( ) เป็นของตนเอง ( ) อาศัยอยู่ ( ) อื่นๆ (ระบุ).....

5. สถานภาพการสมรส

( ) โสด ( ) สมรสอยู่ด้วยกัน ( ) สมรสแยกกันอยู่
( ) หม้ายหย่าร้าง ( ) หม้ายคู่สมรสเสียชีวิต

6. จำนวนบุตร .....คน(มีชีวิตอยู่..... คน)

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	อาชีพ	รายได้

7. อาชีพปัจจุบัน..... .....รายได้ปัจจุบัน..... บาท/เดือน

ที่มาของรายได้.....

....

.....

8. ระดับการศึกษา..... ประถมศึกษา.....

9. ความคิดเห็นของผู้สัมภาษณ์.....
.....
.....

(ลงชื่อ).....ผู้สัมภาษณ์
(.....) ต
าแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

หนังสือมอบอ านาจ

ที่……

…… … ……

วันที่**……**เดือน……**..**……พ.ศ. ……

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า……ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร……**.....** …

เลขที่……ออกให้ ณ……เมื่อวันที่……

อยู่บ้านเลขที่……หมู่ที่**.....**……ตรอก/ซอย……ถนน……

แขวง/ต าบล……**..**…… เขต/อ าเภอ……จังหวัด……

ขอมอบอ านาจให้……ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร……**..**……

เลขที่……ออกให้ ณ……เมื่อวันที่……

อยู่บ้านเลขที่……หมู่ที่**.....**……ตรอก/ซอย……ถนน……

แขวง/ต าบล……**..**…… เขต/อ าเภอ……จังหวัด……

เป็นผู้มีอ……านาจ แทนข้าพเจ้า

…… จนเสร็จสิ้นการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอ านาจได้กระทะไปตามหนังสือมอบอ านาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้ กระท าด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นส าคัญต่อหน้าพยานแล

ลงชื่อ..... ผู้มอบอ านาจ

( )

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอ านาจ

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

เอกสารที่ต้องใช้เพิ่มเติม

1. ส าเนาบัตรประจ าตัวประชาชน, ส าเ ทะเบียนบ้าน ของผู้มอบอ านาจ พร้อม ลงลายมือชื่อ หรือ ลายพิมพ์นิ้วมือ 1 ฉบับ
2. ส าเนาบัตรประจ าตัวประชาชน, ส าเ ทะเบียนบ้าน ของผู้รับมอบอ านาจ พร้ ลงลายมือชื่อ หรือ ลายพิมพ์นิ้วมือ อย่า 1 ฉบับ
3. กรณีเป็นผู้พิการ ให้แนบส าเนาบั ประจ าตัวผู้พิการ พร้อมลงลายมือชื ลายพิมพ์นิ้วมือ อย่างละ 1 ฉบับ
4. กรณีใช้ลายพิมพ์นิ้วมือให้มีผู้ รับรองด้านล่างลายพิมพ์นิ้วมือนั้น

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบแสดงตนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพและแสดงความประสงค์ในการรับเบี้ยยังชีพ

ประจ าปีงบประมาณ.....

เฉพาะกรณีผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพฯ มอบอ านาจให้บุคคลอื่นมาแสดงตนฯ แทน

ข้อมูลผู้ยื่นแสดงตนฯตามหนังสือมอบอแทน านาจ

ชื่อ– สกุล (ผู้รับมอบอ านาจ).....

เลขประจ าตัวประชาชนผู้รับมอบอ านาจ □□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□ □หมู่บ้านแอพที่.....

หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ต าบล..... เขต/อ าเภอ.....

จังหวัด..... โทรศัพท์..... เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยัง

เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพและแสดงความประสงค์ในการรับเงินเบี้ยยังชีพแทน

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .....

ข้อมูลของผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพ

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

เลขบัตรประจ าตัวประชาชน..... อายุ..... ปีมีชื่ออยู่บ้านเลขที่ .....

หมู่ที่/ชุมชน..... ตรอก/ ซอย ..... ถนน..... ต าบล..... อ าเภอ.....

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

( ) ผู้สูงอายุ ( ) ผู้พิการ ( ) ผู้ป่วยเอดส์ จากเทศบาลต าบลมะค่า

ขอแสดงตนการด ารงชีวิตอยู่ต่อเทศบาลต าบลตา**ม**ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการะค่าจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548, ระเบียบกระทรวงมหาดไทย หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2552 และแก้ไขเพ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ทั้งนี้

( ) มีความประสงค์ขอรับเบี้ยยังชีพประจาปีงบประมาณ..... ต่อไปและขอรับเงินด้วยวิธีดังนี้

( )เป็นเงินสด ด้วยตนเอง

( ) เป็นเงินสด โดยมอบอ านาจให้.....

เป็นผู้รับเงินเบี้ยยังชีพแทนข้าพเจ้า มีความเกี่ยวพันธ์เป็น..... .....

( ) โอนเข้าบัญชีธนาคาร..... สาขา.....

ชื่อบัญชี ..... เลขบัญชี.....

( ) ไม่ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพต่อไป

(ลงชื่อ)..... ผู้มาแสดงตน

(.....)

****

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ผู้รับแสดงตน

(.....)