



# คู่มือการปฏิบัติงานเบี้ยยังชีพ

- \*\* การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- \*\* การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ
- \*\* การยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
- \*\* ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ



งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลพุด  
โทรศัพท์/โทรสาร 036-670702

## คำนำ

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

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็วและถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าว จึงได้จัดทำคู่มือคู่มือการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ และยื่นคำร้องเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

องค์การบริหารส่วนตำบลพุดแค หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิที่ตนพึงได้รับรวมทั้งทราบแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนซึ่งให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการต่อไป

งานสวัสดิการสังคม  
องค์การบริหารส่วนตำบลพุดแค

# สารบัญ

หน้า

คำนำ

สารบัญ

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

ภาคผนวก

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

- การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ
- การรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ
- การรับขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์

แบบฟอร์มการขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ

แบบฟอร์มการขึ้นทะเบียนผู้พิการ

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

แบบค ขอขอรับการสงเคราะห์

หนังสือมอบนาจ

หนังสือรับรองการมีชีวิต

สารพันคำถาม

## ความเป็นมาและความสำคัญในการจัดทำคู่มือ

คู่มือการปฏิบัติงาน **WorkManual** เป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่งในการทำงาน ทั้งระดับ หัวหน้างานและผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นการจัดทำรายละเอียดของการทำงานในหน่วยงานนั้น ๆ อย่างเป็นระบบ และครบถ้วนสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลายประการ เช่น การสอนงาน การตรวจสอบการทำงาน การควบคุมงาน การติดตามงานและการประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นต้น ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานขององค์กรเปรียบเสมือนแผนที่บอกเส้นทางการทำงาน ที่มีจุดเริ่มต้น และจุดสิ้นสุดมีคำอธิบายตามที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานไว้ใช้อย่างองไม่ให้เกิดข้อผิดพลาดในการทำงาน การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานถือ เป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการสร้าง การปฏิบัติงานตามแนวทางของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนา ระบบข้าราชการ(ก.พ.ร.) ที่มุ่งไปสู่ การบริการคุณภาพทั่วทั้งองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพทั้งงานนี้ของส่วนราชการได้เพื่อให้การพัฒนา มาตรฐานเป็นไปตามเป้าหมายได้ผลิตผลหรือการบริการที่มีคุณภาพเสร็จรวดเร็วทันตามกำหนดเวลา เพื่อบรรลุข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการดังกล่าว คู่มือการปฏิบัติงานของหน่วยงานดังนี้

เพื่อให้หน่วยงานมีการจัดทำคู่มือฯ เพื่อประกอบการปฏิบัติงานให้เป็นมาตรฐาน เดียวกันรวมถึงป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ สำหรับการจัดทำ คู่มือ การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานของฝ่ายต่าง ๆ ดังนี้เพื่ออธิบายขั้นตอนรายละเอียดของงาน ในความรับผิดชอบของงานสวัสดิการสังคมให้ผู้ปฏิบัติงานทราบและเข้าใจว่าควรปฏิบัติงานอย่างไร และควรอะไรก่อนและหลังโดยมีเอกสารอ้างอิงในการปฏิบัติงานเพื่อให้การปฏิบัติงานสวัสดิการ สังคมมีแนวทางการปฏิบัติเป็นตามมาตรฐานและเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดได้ผลิตผลหรือการ บริการที่มีคุณภาพ รวดเร็วทันตามกำหนดเวลานัดหมาย

เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานด้านสวัสดิการสังคมหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานดังกล่าว สนใจใฝ่รู้ได้ทราบแนวทางการปฏิบัติงานสวัสดิการสังคม และสามารถนำไปใช้เป็นสื่อในการ ติดต่อประสานงาน เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับผู้บริหารได้ทบทวนและติดตามการปฏิบัติงานได้ทุก ขั้นตอน

# คู่มือสำหรับประชาชน

## การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ให้ผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์  
ในปีงบประมาณถัดไปลงทะเบียนและ  
ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  
ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เดือนกันยายน



## คุณสมบัติ

### ของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ตรวจสอบคุณสมบัติของตนเอง ตามรายการดังนี้

- (1) มีสัญชาติไทย
- (2) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลพลูแก(ตามทะเบียนบ้าน)
- (3) เป็นผู้มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ใน ปีถัดไป
- (4) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ องค์กรส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถาน สงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำหรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้ ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

**หมายเหตุ :**กรณีได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้วและได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่ของตำบลพลูแก จะต้องมาขึ้นทะเบียนที่องค์การบริหารส่วนตำบลพลูแก นับตั้งแต่วันที่ย้ายเข้าแต่ไม่เกินเดือน กันยายนของปีนั้น ๆ

ทั้งนี้ ให้ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากองค์การบริหารส่วนตำบลพลูแก

ในปีงบประมาณถัดไป เพื่อใช้สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพต่อเนื่อง



# ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

## “ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ”

ณ งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลพยุหะ

เตรียมเอกสาร ดังนี้

- บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตร อื่นที่ออกโดยหน่วยงานของ รัฐที่มีรูปถ่าย
- ทะเบียนบ้าน
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร สำหรับกรณีที่ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร

หมายเหตุ : ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองจะมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อที่องค์การบริหารส่วนตำบลพยุหะ



คู่มือสำหรับประชาชน  
การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ  
ตรวจสอบคุณสมบัติของตนเอง ตามรายการดังนี้

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



ตัวอย่างบัตรประจำตัวคนพิการ



# ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ

## “ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ”

งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลพุด

\*\*\* บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับจริง

\*\*\* ทะเบียนบ้าน

\*\*\* สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร สำหรับกรณี ที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ

ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผ่านธนาคาร

หมายเหตุ : กรณีที่คนพิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง ให้มอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทน แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและคนดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ เพื่อลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยความพิการได้



## คำชี้แจง

\*\*\* ผู้สูงอายุ/คนพิการที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพอยู่แล้วในพื้นที่อื่น ภายหลังจากได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่ในพื้นที่ตำบลพุดแก้ว ให้มาแจ้งขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพต่อที่องค์การบริหารส่วนตำบลพุดแก้ว เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพในปีงบประมาณถัดไป

นาง ก. รับเงินเบี้ยยังชีพอยู่อบต. หนองไถ่ภายหลังได้แจ้งย้ายที่อยู่มาอยู่ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลพุดแก้ว ในวันที่ ๓๑ กรกฎาคม นาง ก. ต้องมาขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุใหม่ที่องค์การบริหารส่วนตำบลพุดแก้ว ไม่เกินเดือนพฤศจิกายน แต่ นาง ก. จะยังคงรับเงินเบี้ยยังชีพที่ อบต. หนองไถ่อยู่จนถึงเดือนกันยายน และมีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ที่องค์การบริหารส่วนตำบลพุดแก้ว ในเดือน ตุลาคม เป็นต้นไป \*\*\*\*



# ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ

ให้ผู้ที่มาขึ้นคำขอรับเบี้ยยังชีพมาตรวจสอบ รายชื่อ ตามประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลพุดแค  
ภายในวันที่ 15 ธันวาคม ของทุกปี (นับจากวันสิ้นสุดกำหนดการยื่นขอขึ้นทะเบียน วันที่ 30  
พฤศจิกายน ของทุกปี)

## การจ่ายเงิน

### เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ

องค์การบริหารส่วนตำบลพุดแค ดำเนินการเบิกจ่ายเงินให้กับผู้สูงอายุและคนพิการที่มาขึ้นทะเบียนไว้แล้ว  
โดยจะเริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม ปีถัดไป โดยจะจ่ายเป็นเงินสด หรือ โอนเข้าบัญชีธนาคาร  
ตามที่ได้แจ้งความประสงค์ไว้



# กำหนดการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพ ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน

## ช่องทางการรับเงินเบี้ยยังชีพ

ผู้ประสงค์รับเงินผ่านธนาคาร

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร  
ทุกธนาคาร สาขาใดก็ได้  
ในนามผู้สูงอายุ / ผู้พิการ หรือ  
ผู้รับมอบอำนาจ หรือผู้ดูแลผู้พิการ



ผู้ประสงค์รับเงินสด

รับเงินสดตามสถานที่ อบต. พุแค  
กำหนด

รับเงินสดในนามผู้สูงอายุ  
ผู้พิการหรือผู้รับมอบอำนาจ

## การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามขั้นบันได

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับในปัจจุบัน  
การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพจะคิดในอัตราขั้นบันได

ขั้นบันได หมายถึงการแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วงๆ โดยเริ่มตั้งแต่อายุ 60 ปี

การคำนวณอายุเพื่อรับเบี้ยยังชีพจะคำนวณตามปีงบประมาณ

ไม่ใช่ปีปฏิทิน และไม่มีการเพิ่มอายุระหว่างปี

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



## วิธีคำนวณอายุ

การนับอายุว่าจะอยู่ในขั้นที่เท่าไร ให้นับ ณ วันที่ 30 กันยายน เท่า

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

นาง ค. เกิด 5 ตุลาคม 2489 ณ วันที่ 30 กันยายน 2559 นาง ค. จะอายุ 69 ปี หมายความว่า นาง ค. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ 600 บาท ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2559 ถึง เดือนกันยายน 2560 (ตลอดปีงบประมาณ 2560)

### การนับรอบปีงบประมาณ คือ

วันที่ 1 ตุลาคม ของปี พ.ศ. ปัจจุบันถึงวันที่ 30 กันยายน ของปี พ.ศ. ถัด

ปีงบประมาณ 2560 จะเริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 30 กันยายน 2560

ปีงบประมาณ 2561 จะเริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2561

ปีงบประมาณ 2562 จะเริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2562

ปีงบประมาณ 2563 จะเริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2563

ปีงบประมาณ 2564 จะเริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2564



# การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ

1. ตาย
2. ย้ายภูมิลำเนาออกจากพื้นที่ตำบลพุดแค
3. แจ้งสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
4. ขาดคุณสมบัติ

## หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ

1. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง
2. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพหรือผู้รับมอบนางแจ้งรับเป็นเงินสดา ต้องมารับเงินให้ตรงตาม วัน เวลา ที่องค์การบริหารส่วนตำบลพุดแคกำหนด เมื่อย้ายภูมิลำเนาออกจากองค์การบริหารส่วน ตำบลพุดแค ไปอยู่ภูมิลำเนาอื่นอื่นต้องแจ้งข้อมูลให้องค์การบริหารส่วนตำบลพุดแค ได้รับทราบและต้องไปขึ้นทะเบียนขอรับ เบี้ยยังชีพกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ย้ายเข้าไปใหม่ด้วย เพื่อรักษาสิทธิให้ต่อเนื่องต่อไป
4. ให้ผู้ที่รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ แสดงการมีชีวิตอยู่ องค์การบริหารส่วนตำบลพุดแค ระหว่างวันที่ตุลาคมของทุกปี
5. กรณีตาย ให้ผู้ดูแลหรือญาติของผู้สูงอายุ หรือคนพิการของผู้รับเงินเบี้ยยังชีพแจ้งการตาย ให้ องค์การบริหารส่วนตำบลพุดแคได้รับทราบภายใน 7 วัน (พร้อมสำเนาใบมรณะบัตร)





## ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ

1. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสารรับรองสภาพความพิการ
2. ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสระบุรี หรือ ติดต่อที่งานสวัสดิการสังคม ดำเนินการยื่นเอกสารให้ 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 ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน  
ของผู้ดูแลคนพิการ อย่างละ 1 ฉบับ





## การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการสามารถต่อได้ที่สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสระบุรี หรือ ติดต่อที่งานสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลพุดแค ขึ้นเอกสารให้โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

1. บัตรประจำตัวคนพิการฉบับเดิม
2. รูปถ่าย ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ 1 ฉบับ
4. ถ้าคนพิการมีผู้ดูแล ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน  
ของผู้ดูแลคนพิการ อย่างละ 1 ฉบับ

**การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ** การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการผู้ดูแลผู้พิการคนเก่า และผู้ดูแลผู้พิการคนใหม่ ต้องไปติดต่อทำเรื่องเปลี่ยนแปลง ณ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสระบุรี พร้อมกันด้วยตนเอง โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

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



# ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

## ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548

1. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์  
สถานพยาบาลของรัฐ แพทย์ต้องระบุ“เอดส์” / “ผู้ป่วยเอดส์” เท่านั้น
2. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลทุกแคว  
เป็นผู้มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู  
ประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้
3. การยื่นร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่งานสวัสดิการสังคม  
องค์การบริหารส่วนตำบลทุกแควโยนนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่นดังนี้
  - 3.1 ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐแพทย์ต้องระบุ“เอดส์” /  
“ผู้ป่วยเอดส์”
  - 3.2 บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง
  - 3.3 ทะเบียนบ้านฉบับจริง
4. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจ  
ให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้
5. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการผู้สูงอายุและคนพิการหรือเป็นทั้ง สามารถ  
ดำเนินการได้ ทั้งหมด

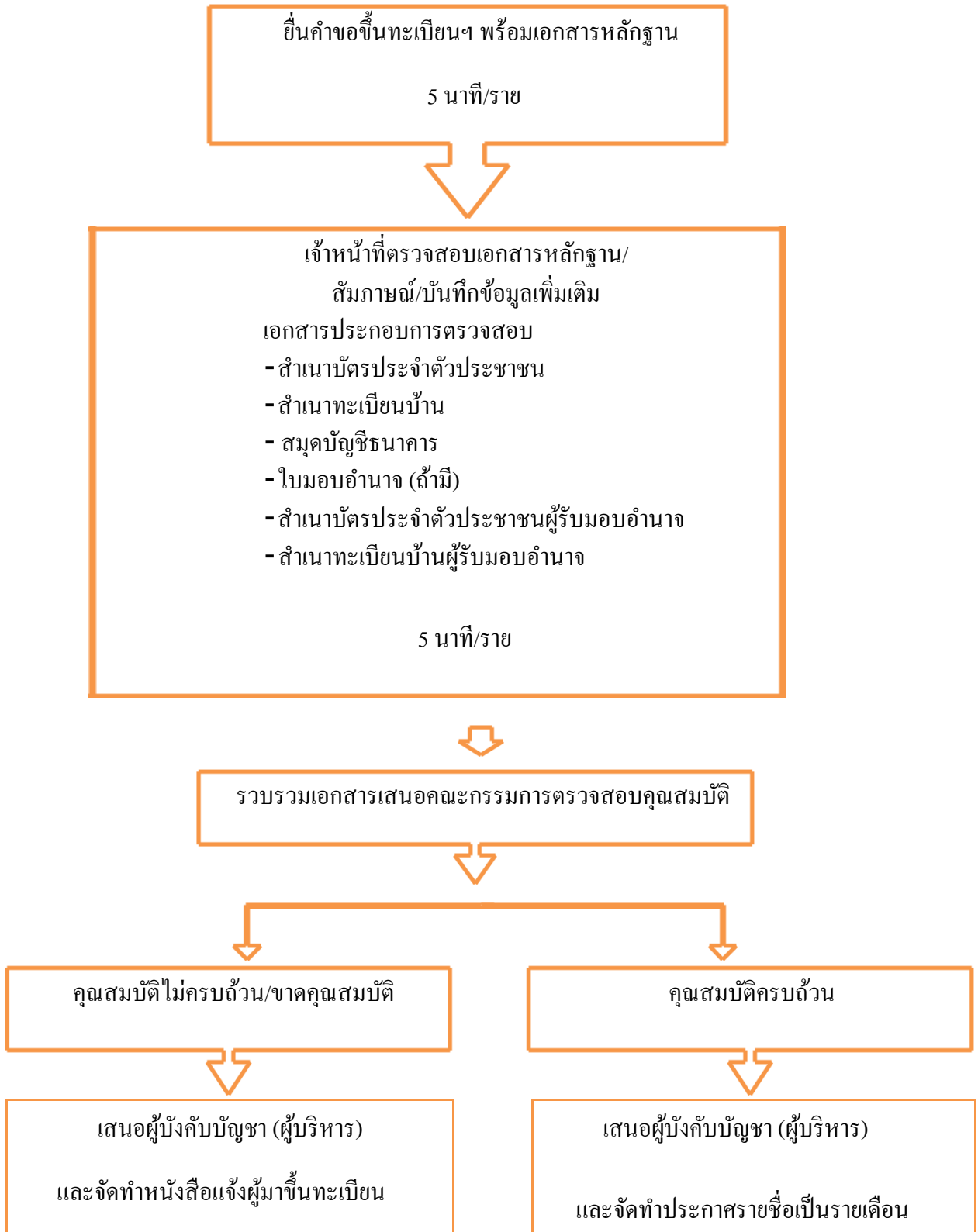
ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่า“เอดส์” / “ผู้ป่วยเอดส์” เท่านั้น  
หากระบุว่า **HIV** เอชไอวี ผู้มีเชื้อเอชไอวีภูมิคุ้มกันบกพร่อง  
เป็นอย่างอื่น ถือว่าไม่เข้าหลักเกณฑ์การได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ  
ผู้ป่วยเอดส์



# ภาคผนวก

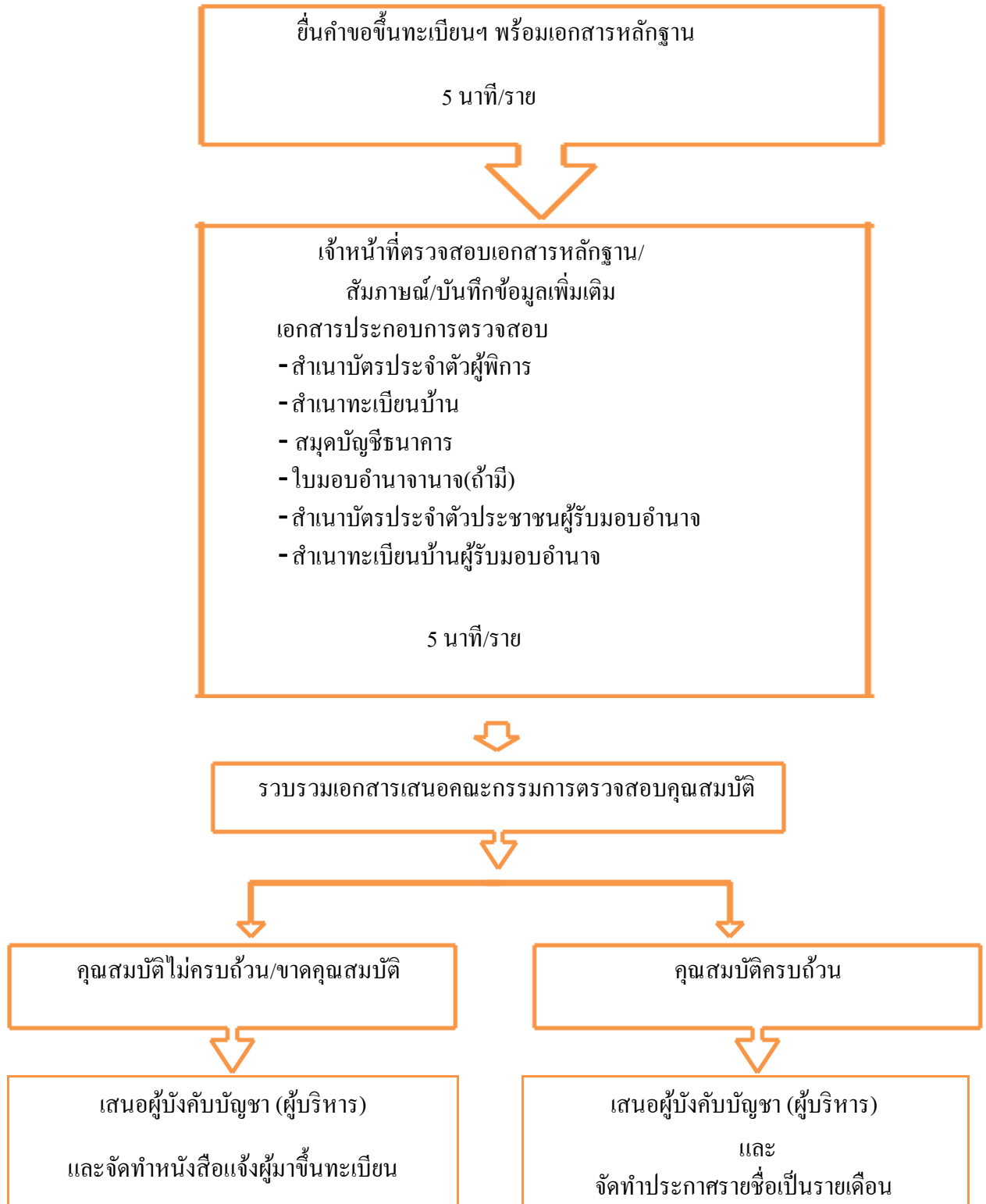
# แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

## การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ

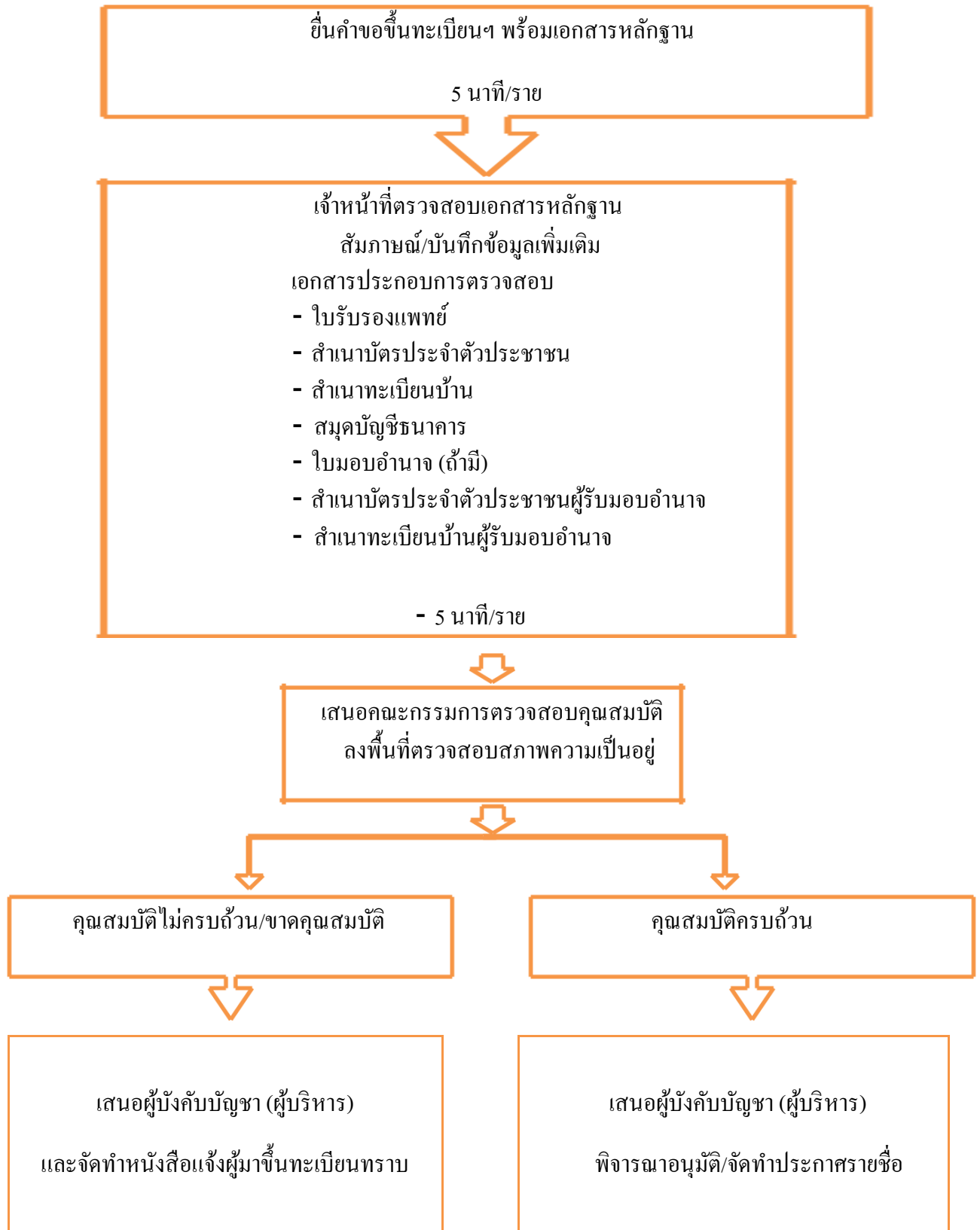


# แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

## การรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ



# แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ การรับขึ้นทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์



ทะเบียนเลขที่ .....

แบบค าจลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอานาจให้บุคคลอื่นมายื่นค าจลงทะเบียนแทน  
ผู้ยื่นค าจฯ แทนตามหนังสือมอบอานาจ..... กับผู้สูงอายุที่  
ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอานาจ) ..... เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอ  
- - - - - ที่อยู่.....  
โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....  
วันที่.....เดือน.....ปี.....ศ.....  
ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....  
เกิดวันที่.....เดือน.....ปี.....ศ..... อายุ.....ปี สัญชาติ..... มีชื่ออยู่ในส านา  
ทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ตำบล.....เขต/จอบ..... ถนน.....  
ค าด.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....  
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นค าจ.....  
สถานภาพสมรส  โสด  สมรส  หม้าย  หย่าร้าง  แยกกันอยู่  อื่น ๆ .....  
รายได้ต่อเดือน..... บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป: สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

- ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์
- ได้รับเงินเบี้ยความพิการ  ย้ายภูมิล านาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....
- มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)
  - รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอานาจจากผู้มีสิทธิ
  - โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอานาจจากผู้มีสิทธิ พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้
  - ส านาบัตรประจำตัวประชาชน หรือส านาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย  ส านาทะเบียนบ้าน
  - ส านาสัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านค
  - หนังสือมอบอานาจพร้อมส านาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอานาจและผู้รับมอบอานาจ
  - ส านาบัญชีเงินฝากธนาคาร .....บัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบ านาญาหนี้จรายเบี้ยหวัด บ าน เดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

(ลงชื่อ.....) (ลงชื่อ.....)  
(.....) (.....)  
ผู้ยื่นค าจ/ผู้รับมอบอานาจ..... เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และท าคเครื่องหมาย  ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

<p><b>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</b></p> <p>เรียนคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ .....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □_□□□□_□□□□□_</p> <p><input type="checkbox"/>□_□_□_ แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก ..... .....</p> <p>(ลงชื่อ) ..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p><b>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</b></p> <p>เรียน นายก เทพมนตรี/อบต. ....</p> <p>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบแล้ว ม ความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... ( )</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... ( )</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... ( )</p>
<p><b>คำสั่ง</b></p> <p><input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ) ..... ( ) วัน/เดือน/ปี .....</p>	

ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นค ขอลงทะเบียนเก็บไว้ .....

ยื่นแบบค ขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พศ.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยจะ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติ ตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียนในอัตราแบบขั้นบันได ภายในวันที่๑๐ของทุกเดือนกรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิล ไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปเนา ลงทะเบียนยื่นค ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายใน เดี่งอนกัปีนั้้นยายนั้่งนี้ เพื่อเป็นการรักษาสัทธิให้ต่อเนื่อง

ตัวอย่าง



# ตัวอย่าง

ทะเบียนเลขที่..... /

## แบบค ขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอานาจให้บุคคลอื่นมายื่นค ขอลงทะเบียนแทนผู้ยื่นคขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอานาจ เกี่ยว  
พิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น  บิดา-มารดา  สามเษ-ภรรยา  พี่น้อง  ผู้ดูแลคนพิการ  อื่น ๆ (ระบุ).....  
ลงทะเบียน ชื่อ-สกุล (ผู้มอบอานาจ).....  
เลขประจำตัวประชาชน.....  
โทรศัพท์.....

### ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....  
วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....  
ค น นหน้า นาม  เด็กชาย  เด็กหญิง  นาย  นาง  นางสาว  อื่น ๆ ( ระบุ ) .....  
ชื่อ.....  
เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. .... อายุ..... ปี สัญชาติ..... มีชื่ออยู่ในส นานาทะเบียนบ  
เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... หมู่บ้าน/ชุมชน.....  
ค บอ/แขวง..... อ าเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....  
หมายเลขบัตรประจ อ ตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นค

### ประเภทคนพิการ

- ความพิการทางารเห็น  ความพิการทางการได้ยิน  
 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือควบคุม  ความพิการทางการคิด  
 ความพิการทางการสื่อสาร  ความพิการทางการเรียนรู้  
 ความพิการทางการควบคุมการเคลื่อนไหว

### สถานภาพสมรส

- โสด  โสด  สมรส  สมรส  สมรส  สมรส  สมรส

### บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้

..... โทรศัพท์.....

ข้อมูลทั่วไปของกรมการคลัง (กรณีสถานการณ์ฉุกเฉิน)

ย้ายภูมิลานา ) เข้ามาอยู่ใหม่

.....

มีเงินในบัญชี (กรณีสถานการณ์ฉุกเฉิน) (ระบุ).....

.....

มีเงิน (ระบุ).....

รายได้เดือน (ระบุ).....

(บาท)

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ ประจ อ ปีงบประมาณ โดยวิธีดังต่อไปนี้พ.ศ. (เลือก 1 วิธี).....

รับเงิน

ขอรับเบี้ยยังชีพความพิการ (กรณีสถานการณ์ฉุกเฉิน) (ระบุ).....

รับเงิน (กรณีสถานการณ์ฉุกเฉิน) (ระบุ).....

ธนาคาร..... สาขา..... เลขบัญชี.....

### ข้อบัญญัติ

### พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- รูปถ่ายสีหน้า ขนาด 2 นิ้ว  รูปถ่ายสีหน้า  
 บัตรประชาชน (กรณีผู้ยื่นคขอฯ เป็นผู้ยื่นคขอฯ ให้แนบบัตรประชาชน)  บัตรประชาชน (กรณีผู้ยื่นคขอฯ เป็นผู้ยื่นคขอฯ ให้แนบบัตรประชาชน)  
 บัตรประชาชน (กรณีผู้ยื่นคขอฯ เป็นผู้ยื่นคขอฯ ให้แนบบัตรประชาชน)  บัตรประชาชน (กรณีผู้ยื่นคขอฯ เป็นผู้ยื่นคขอฯ ให้แนบบัตรประชาชน)

รายละเอียด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ผู้ยื่นค ขอ (ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

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

หมายเหตุ : ให้ติดต่อกับกรมการคลัง (กรณีสถานการณ์ฉุกเฉิน) (ระบุ).....

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติหมายเลขบัตรประจำ ตัวประชาชน นาย/นาง/นางสาว/..... หมายเลขบัตรประจำ ตัวประชาชน</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีคุณสมบัติ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>..... )</p> <p>เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรี/ นายก อบค..... คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว ความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่ควรรับลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (..... )</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (..... )</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (..... )</p>
---	--

คำสั่ง

.....

(ลงชื่อ) .....

นายกเทศมนตรี/ นายก อบค. ....

วันที่ / เดือน / ปี .....

**(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้พิการที่ยื่นค ำขอลงทะเบียนเก็บไว้**

ยื่นแบบค ำลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน..... พ.ศ. ....

การลงทะเบียนครั้งนี้เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการประจำ ปีงบประมาณ โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยพ.ศ.....

ความพิการในอัตราเดือนละ 800 บาทภายในวันที่ 10 ของทุกเดือนกรณีผู้พิการย้ายภูมิล ำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้อง

ลงทะเบียนยื่นค ำขอรับเงินเบี้ยความพิการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่โดยเร็วที่อง

ตั้งนี้เพื่อเป็นการเพื่อรักษาสิทธิให้

ต่อเนื่อง

ตัวอย่าง

ตัวอย่างแบบฟอร์ม  
แบบค าขอรับการสงเคราะห์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ล าดับที่...(../.....)

เรียน.....

ด้วย.....นามสกุล.....เลขประจำ

ตัวประชาชน.....เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....อายุ.....ปี

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

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

ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติมดังนี้

1.ที่พักอาศัย

( ) เป็นของตนเอง และมีลักษณะ ( ) ข รุดทรุดโทรมมาก ( ) ข รุดทรุดโทรมบางส่วน ( ) มั่นคงถาวร

( ) เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

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

( ) สะดวก ( ) ล ายาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้.....

( ) สะดวก ( ) ล ายาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้.....

( ) สะดวก ( ) ล ายาก เนื่องจาก.....

3.การพักอาศัย

( ) อยู่เพียงล ายัก เนื่องจาก.....มาประมาณ.....

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

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

4. รายได้- รายจ่าย

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

น ำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....เลี้ยงชีพ และค่ายา.....

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

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

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

เกี่ยวข้องกับ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูล ที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....ผู้ให้ข้อมูล ๑

(.....)

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ใบสอบประวัติ

ผู้ป่วยโรคเอดส์

1. ชื่อ..... นามสกุล.....

2. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

3. อายุ..... ปี

4. ที่อยู่

4.1 อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต. บล.....

อ. เกอ..... 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  
หนังสือมอบอานาจ

ที่.....  
.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

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

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

เป็นผู้มี.....อานาจ

แทนข้าพเจ้า

.....จนเสร็จสิ้นการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอานาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอานาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้มอบอานาจ

( )

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอานาจ

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

เอกสารที่ต้องใช้เพิ่มเติม

- สำเนาบัตรประชาชน, สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้มอบอานาจ พร้อมลงลายมือชื่อ หรือ ลายพิมพ์นิ้วมือ 1 ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชน, สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้รับมอบอานาจ พร้อมลงลายมือชื่อ หรือ ลายพิมพ์นิ้วมือ อย่างละ 1 ฉบับ
- กรณีเป็นผู้พิการ ให้แนบสำเนาบัตรประชาชน, สำเนาบัตรผู้พิการ พร้อมลงลายมือชื่อ ลายพิมพ์นิ้วมือ อย่างละ 1 ฉบับ
- กรณีใช้ลายพิมพ์นิ้วมือให้มีผู้รับรองด้านล่างลายพิมพ์นิ้วมือนั้น

**ตัวอย่างแบบฟอร์ม**  
**แบบแสดงตนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพและแสดงความประสงค์ในการรับเบี้ยยังชีพ**  
**ประจำ ปีงบประมาณ.....**

เฉพาะกรณีผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพฯ ข้อมูลผู้ยื่นแสดงตนฯตามหนังสือมอบแทน	มอบอานาจให้บุคคลอื่นมาแสดงตนฯ แทน นานา
ที่-เลข (ผู้มอบแทน).....	
หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย..... อ.นน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อ.เกอ.....	
จังหวัด..... โทรศัพท์..... เกี่ยวข้องเป็น..... กับผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพ	
เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพและแสดงความประสงค์ในการรับเงินเบี้ยยังชีพแทน	

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

**ข้อมูลของผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพ**

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ ..... นามสกุล.....  
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... อาศัย..... ปีมีชื่ออยู่บ้านเลขที่ .....  
 หมู่ที่/ชุมชน..... ต.รอก/ชอย..... อ.นน..... ตำบล..... อ.เกอ.....  
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... เป็นผู้ที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพ  
 ( ) ผู้สูงอายุ ( ) ผู้พิการ ( ) ผู้ป่วยเอดส์ จากเทศบาลตำบลมะค่า

ขอแสดงตนการดำรงชีวิตอยู่ต่อเทศบาลตำบลตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการระค่า  
 จ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548, ระเบียบกระทรวงมหาดไทย  
 หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2552 และแก้ไขเพ  
 ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ 2553  
 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ทั้งนี้

( ) มีความประสงค์ขอรับเบี้ยยังชีพประจำปีงบประมาณ..... ต่อไปและ

ขอรับเงินด้วยวิธีดังนี้

- ( ) เป็นเงินสด ด้วยตนเอง
- ( ) เป็นเงินสด โดยมอบอานาจให้.....  
เป็นผู้รับเงินเบี้ยยังชีพแทนข้าพเจ้า มีความเกี่ยวพันเป็น.....
- ( ) โอนเข้าบัญชีธนาคาร..... สาขา.....  
ชื่อบัญชี..... เลขบัญชี.....
- ( ) ไม่ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพต่อไป

(ลงชื่อ)..... ผู้มาแสดงตน  
 (.....)

\*\*\*\*\*

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ผู้รับแสดงตน  
 (.....)

