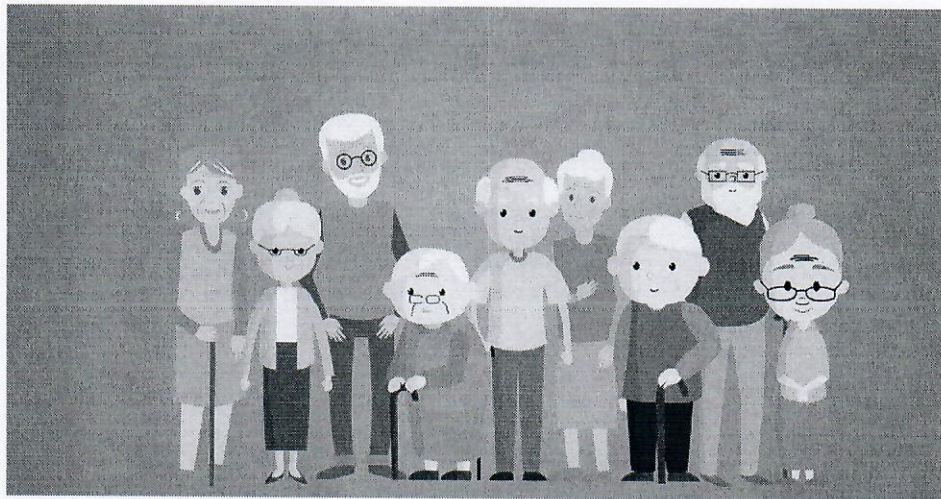


ข้อ	ข้อมูล	องค์ประกอบด้านข้อมูล
014	คู่มือหรือมาตรฐานการให้บริการ	○ แสดงคู่มือการให้บริการประชาชนหรือคู่มือแนวทางการปฏิบัติที่ผู้รับบริการหรือผู้มาติดต่อกับหน่วยงานใช้เป็นข้อมูลในการขอรับบริการหรือติดต่อกับหน่วยงาน ○ มีข้อมูลรายละเอียดของการปฏิบัติ อย่างน้อยประกอบด้วยบริการหรือภารกิจใด กำหนดวิธีการขั้นตอนการให้บริการหรือการติดต่ออย่างไร ○ หน่วยงานจะต้องเปิดเผยอย่างน้อย 1 คู่มือ



คู่มือการปฏิบัติงานเบี้ยยังชีพ

- การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ
- การยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
- ขั้นตอนการขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ



งานสวัสดิการสังคม ฝ่ายปกครอง สำนักปลัดเทศบาล
เทศบาลตำบลบัวงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

โทร ๐๔๕-๘๖๗๐๓๖-๗

คำนำ

เทศบาลตำบลบัวงาม มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคม และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลเหล่านี้ รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนผู้พิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ และระบบคำร้อง ผู้ป่วยเอดส์เพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้กับบุคคลดังกล่าว โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๒ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓

ดังนั้นเพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็วและถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าว จึงได้จัดทำคู่มือการลงทะเบียน และยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ และยื่นคำร้องเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

เทศบาลตำบลบัวงาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิที่ตนพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการต่อไป

งานสวัสดิการสังคม

เทศบาลตำบลบัวงาม

สารบัญ

หน้า

คำนำ

สารบัญ

ความเป็นมาและความสำคัญในการจัดทำคู่มือ

๑

คู่มือสำหรับประชาชนการขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๒

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๓

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๔

คู่มือสำหรับประชาชนการขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

๕

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ

๖

คำชี้แจง

๗-๑๒

ขั้นตอนการขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

๑๓-๑๕

ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๑๖

ภาคผนวก

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

- การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ
- การรับขึ้นทะเบียนคนพิการ
- การรับขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์
- แบบฟอร์มการขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ
- แบบฟอร์มการขึ้นทะเบียนคนพิการ
- หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์
- แบบคำขอรับการสงเคราะห์
- หนังสือมอบอำนาจ

ความเป็นมาและความสำคัญในการจัดทำคู่มือ

คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual) เป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่งในการทำงานทั้งระดับหัวหน้างานและผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นการจัดทำรายละเอียดของการทำงานในหน่วยงานนั้นๆ อย่างเป็นระบบและครบถ้วน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลายประการ เช่น การสอนงานราชการ การตรวจสอบการทำงาน การควบคุมงาน การติดตามงานและการประเมินผลการปฏิบัติงาน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานขององค์กรเปรียบเสมือนแผนที่บอกเส้นทางการทำงานที่มีจุดเริ่มต้น และจุดสิ้นสุด มีคำอธิบายตามที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานไว้ใช้อ้างอิงให้เกิดความผิดพลาดในการทำงาน การจัดทำคู่มือปฏิบัติงานถือเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานตามแนวทางของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบข้าราชการ (ก.พ.) ที่มุ่งไปสู่การบริการคุณภาพทั้งทั้งองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ เพื่อให้การทำงานของส่วนราชการได้มาตรฐาน และเป็นไปตามเป้าหมายได้ผลิตผลหรือการบริการที่มีคุณภาพ เสร็จรวดเร็วทันตามกำหนดเวลาเพื่อบรรลุข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการดังกล่าว คู่มือการปฏิบัติงานของหน่วยงานดังนี้

๑. เพื่อให้หน่วยงานมีการจัดทำคู่มือฯเพื่อประกอบการปฏิบัติงานให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมถึงป้องกันความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สำหรับการจัดทำคู่มือ การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานของฝ่ายต่างๆ เพื่อเป็นการอธิบายขั้นตอนรายละเอียดของกระบวนการทำงานในความรับผิดชอบของงานสวัสดิการสังคม ให้ผู้ปฏิบัติงานทราบและเข้าใจว่าควรปฏิบัติงานอย่างไร เมื่อใด กับใคร และควรทำอะไรก่อนหลัง โดยมีเอกสารอ้างอิงในการทำงาน

๒. เพื่อให้การปฏิบัติงานของงานสวัสดิการสังคม มีแนวทางการปฏิบัติเป็นไปตามมาตรฐาน และเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ได้ผลิตผลหรือการบริการที่มีคุณภาพ เสร็จ รวดเร็ว ทันตามเวลาที่กำหนด

๓. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานด้านสวัสดิการสังคมหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานดังกล่าว รวมทั้งผู้ที่สนใจได้รู้ได้ทราบแนวทางการปฏิบัติงานของงานสวัสดิการสังคม และสามารถนำไปใช้เป็นสื่อในการติดต่อประสานงาน

๔. เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับผู้บริหารใช้ในการทบทวนและตรวจติดตามงานได้ทุกขั้นตอน

คู่มือสำหรับประชาชน
การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ให้ผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

ในปีงบประมาณถัดไป ลงทะเบียน

และยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ช่วงที่ ๑ ตั้งแต่เดือนตุลาคม – เดือนพฤศจิกายน

ช่วงที่ ๒ ตั้งแต่เดือนมกราคม – เดือนกันยายน



คุณสมบัติ

ของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ตรวจสอบคุณสมบัติของตนเอง ตามรายการดังนี้

๑. มีสัญชาติไทย

๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบัวงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี (ตามทะเบียนบ้าน)

๓. เป็นผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ในปีถัดไป (ปัจจุบัน อายุ ๕๙ ปี บริบูรณ์และต้องเกิดก่อน ๒ กันยายน)

๔. ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้น ผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ ตามระเบียบ กระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

หมายเหตุ กรณีได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้ว และได้ย้ายที่อยู่เข้ามาในพื้นที่เทศบาลตำบลบัวงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จะต้องมาขึ้นทะเบียนที่ เทศบาลตำบลบัวงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานีอีกครั้งหนึ่ง นับตั้งแต่วันที่ย้ายเข้าแต่ไม่เกินเดือนกันยายนของปีนั้นๆ

ทั้งนี้ ให้ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจาก เทศบาลตำบลบัวงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ในปีงบประมาณถัดไป

เพื่อใช้สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพต่อเนื่อง....



ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
“ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ”

ณ งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลบึงงาม อำเภอเดชอุดม
จังหวัดอุบลราชธานี

เตรียมเอกสาร ดังนี้

*** บัตรประจำตัวประชาชน หรือ บัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มี รูปถ่าย พร้อม
สำเนา

*** ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา

*** สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดง ชื่อ และเลขที่บัญชี)

สำหรับกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ
ผ่านธนาคาร

หมายเหตุ ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับ
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับ เทศบาลตำบลบึงงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัด
อุบลราชธานี พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ



คู่มือสำหรับประชาชน การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

ตรวจสอบคุณสมบัติของตนเองตามรายการดังนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต เทศบาลตำบลบึงงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี (ตามทะเบียนบ้าน)
๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ



ตัวอย่างบัตรประจำตัวคนพิการ

หมายเหตุ กรณีได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการอยู่แล้วได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่เทศบาลตำบลบึงงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จะต้องมาขึ้นทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการที่ เทศบาลตำบลบึงงาม และให้ได้รับเบี้ยความพิการจากเทศบาลตำบลบึงงาม ในเดือนถัดไป ทั้งนี้ต้องได้รับการยืนยันจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมที่จ่ายเบี้ยความพิการให้ เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนในการจ่ายเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อใช้สิทธิรับเงินเบี้ยความพิการต่อเนื่อง

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ

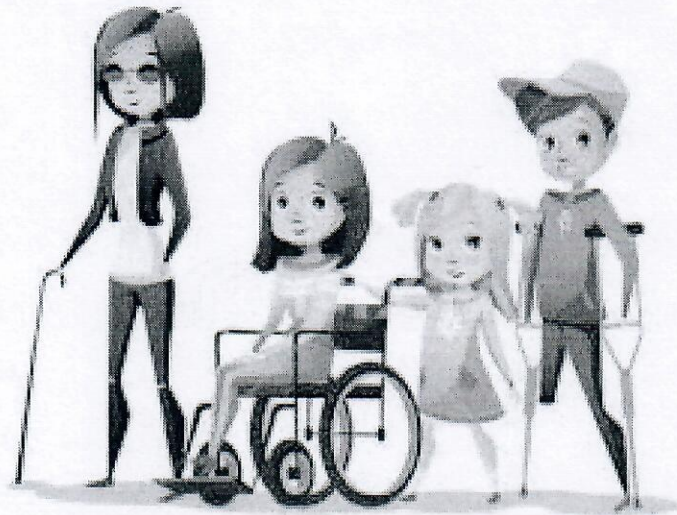
“ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ ร งานสวัสดิการ สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบล บัวงาม อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี

*** บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมาย ว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับจริง

***ทะเบียนบ้าน (ฉบับจริง)

***สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร สำหรับกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการผ่านธนาคาร

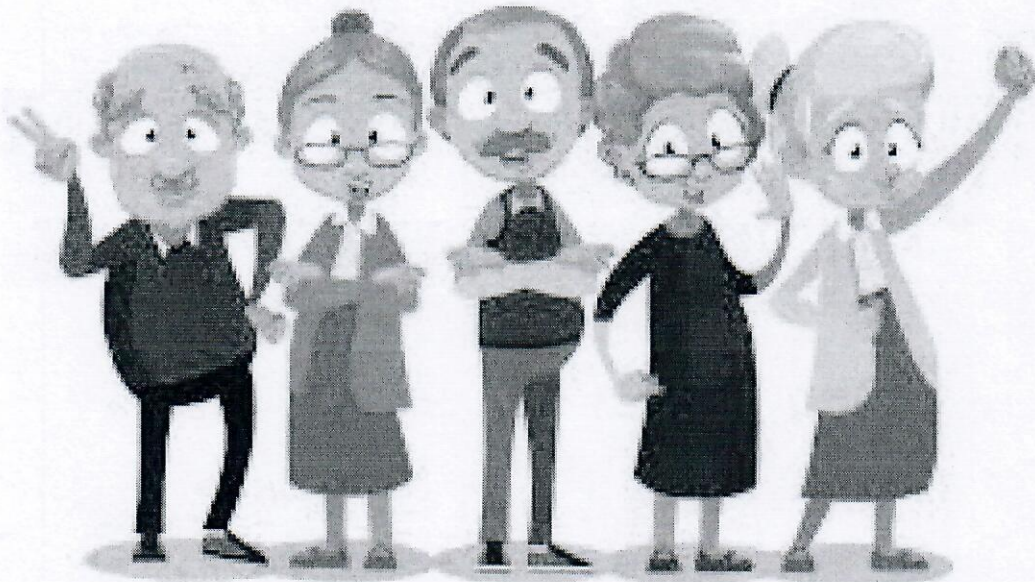
หมายเหตุ กรณีที่คนพิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทน แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและคนดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่



คำชี้แจง

**** ผู้สูงอายุ/คนพิการที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพอยู่แล้วในพื้นที่อื่น ภายหลังได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่ในพื้นที่ เทศบาลตำบลบึงงาม อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี ให้แจ้งขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพต่อที่เทศบาลตำบลบึงงาม อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี แต่มีสิทธิในการรับเงินจะคงอยู่ที่เดิมจนสิ้นปีงบประมาณ เช่น

นาง ก. รับเงินเบี้ยยังชีพอยู่ อบต.ไชยบุรี ภายหลังได้แจ้งย้ายที่อยู่มาในพื้นที่ เทศบาลตำบลบึงงาม อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี ในวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๔ นาง ก. ต้องมาขึ้นทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุใหม่ ที่เทศบาลตำบลบึงงาม ไม่เกินเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๔ แต่ นาง ก. จะยังคงรับเงินเบี้ยยังชีพที่ อบต.ไชยบุรี อยู่จนถึงเดือน กันยายน ๒๕๖๔ และมีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ที่เทศบาลตำบลบึงงาม ในเดือน ตุลาคม ๒๕๖๔ เป็นต้นไป****

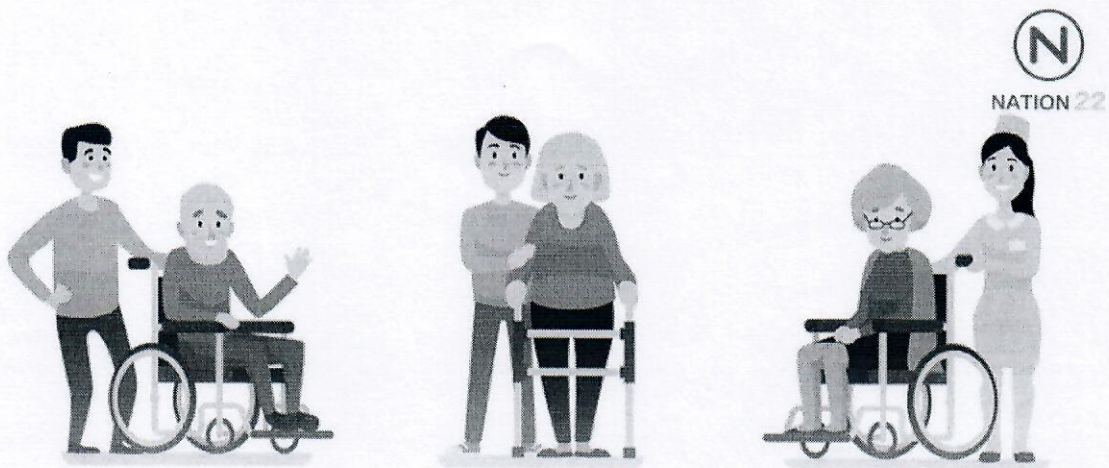


ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงิน
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ

ให้ผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพ มาตรวจสอบ รายชื่อ ตามประกาศ ณ เทศบาลตำบลบึงงาม อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี ภายในวันที่ ๑๕ ธันวาคม ของทุกปี (นับจากวันสิ้นสุดกำหนด การยื่นขอขึ้นทะเบียน วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี)

การจ่ายเงิน
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ

เทศบาลตำบลบึงงาม จะดำเนินการเบิกจ่ายเงินให้กับผู้สูงอายุและคนพิการที่มาขึ้นทะเบียนไว้แล้ว โดยจะเริ่ม ตั้งแต่เดือนตุลาคม ปีถัดไป โดยจะจ่ายโดยการโอนเข้าบัญชีธนาคารตามที่แจ้งความประสงค์ไว้



จ่ายตรง เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ-คนพิการ

การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแบบขั้นบันได

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับในปัจจุบัน (ปี ๒๕๖๔) การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพจะคิดในอัตราขั้นบันได

ขั้นบันได หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วงๆ โดยเริ่มตั้งแต่อายุ ๖๐ ปี

การคำนวณอายุสำหรับรับเบี้ยยังชีพจะคำนวณตามปีงบประมาณ

ไม่ใช่ปีปฏิทิน และไม่มีการเพิ่มอายุระหว่างปี

ขั้นบันได	ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนเงินที่ได้รับ/เดือน
ขั้นที่ ๑	๖๐-๖๙	๖๐๐
ขั้นที่ ๒	๗๐-๗๙	๗๐๐
ขั้นที่ ๓	๘๐-๘๙	๘๐๐
ขั้นที่ ๔	๙๐ ปีขึ้นไป	๑,๐๐๐



กำหนดวันจ่ายเงินเบี้ยยังชีพ ภายในวันที่ ๑-๑๐ ของทุกเดือน
(ตามความเหมาะสม)
ช่องทางการรับเงินเบี้ยยังชีพ

ผู้ประสงค์รับเงินผ่านธนาคาร



โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร
ใดก็ได้ที่มีความเคลื่อนไหว
ในนามผู้สูงอายุ/ผู้พิการ
หรือผู้รับมอบอำนาจ

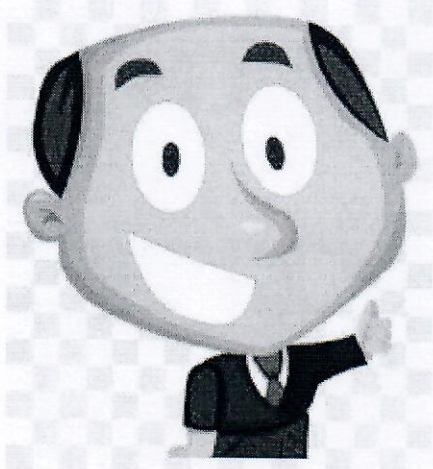
ผู้ประสงค์รับเงินสด



รับเงินตามสถานที่
ที่เทศบาลตำบลบัวงาม
ประกาศกำหนด



รับเงินสดในนามผู้สูงอายุ/คนพิการ
หรือผู้รับมอบอำนาจ



วิธีคำนวณอายุของผู้สูงอายุ

การนับอายุจะอยู่ในขั้นที่เท่าไรให้นับ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน เท่านั้น เช่น

๑. นาง ข. เกิด ๕ เมษายน ๒๔๘๘ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๙ นาง ข. จะอายุ ๗๐ ปี หมายความว่า นาง ข. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๗๐๐ บาท ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๙ ถึง เดือน กันยายน ๒๕๖๐ (ตลอดปีงบประมาณ)

๒. นาง ก. เกิด ๓๐ กันยายน ๒๔๘๘ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๙ นาง ก. จะอายุ ๗๐ ปี หมายความว่า นาง ก. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๗๐๐ บาท ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๙ ถึงเดือน กันยายน ๒๕๖๐ (ตลอดปีงบประมาณ)

๓. นาง ค. เกิด ๕ ตุลาคม ๒๔๘๘ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๙ นาง ค. จะอายุ ๖๙ ปี หมายความว่า นาง ค. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๖๐๐ บาท ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๙ ถึง เดือน กันยายน ๒๕๖๐ (ตลอดปีงบประมาณ ๒๕๖๐)

การนับรอบปีงบประมาณ คือ

วันที่ ๑ ตุลาคม ของปี พ.ศ. ปัจจุบัน ถึง วันที่ ๓๐ กันยายน ของปี พ.ศ. ถัดไป

ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐

ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓

ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔



การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ

๑. ตาย
๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขต เทศบาลตำบลบัวงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี
๓. แจ้งสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
๔. ขาดคุณสมบัติ

หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ

๑. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง
๒. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพหรือผู้มอบอำนาจ แจ้งรับเป็นเงินสด ต้องมารับเงินให้ตรงตามวัน เวลา ที่เทศบาลตำบลบัวงาม ประกาศกำหนด
๓. เมื่อย้ายภูมิลำเนาออกจากเทศบาลตำบลบัวงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ไปอยู่ภูมิลำเนาอื่นต้องแจ้งข้อมูลให้เทศบาลตำบลบัวงามได้รับทราบ และต้องไปขึ้นทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปที่ใหม่ด้วยเพื่อรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง
๔. ให้ผู้ที่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการแสดงการมีชีวิตอยู่ต่อเทศบาลตำบลบัวงาม ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ของทุกปี
๕. กรณีตาย ให้ผู้ดูแลหรือญาติของผู้สูงอายุ หรือคนพิการของผู้รับเงินเบี้ยยังชีพแจ้งการตายให้กับเทศบาลตำบลบัวงาม ได้รับทราบภายใน ๗ วัน (พร้อมสำเนาใบมรณะบัตร)



ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ

๑. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสารรับรองสภาพความพิการ

๒. ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด อุบลราชธานี หรือติดต่อที่งานสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลบัวงาม ดำเนินการยื่นเอกสารให้โดยเตรียมเอกสาร ดังนี้

๒.๑ เอกสารรับรองสภาพความพิการที่รับรองโดยแพทย์เฉพาะทาง (ฉบับจริง)

๒.๒ รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว

จำนวน ๒ รูป

๒.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน

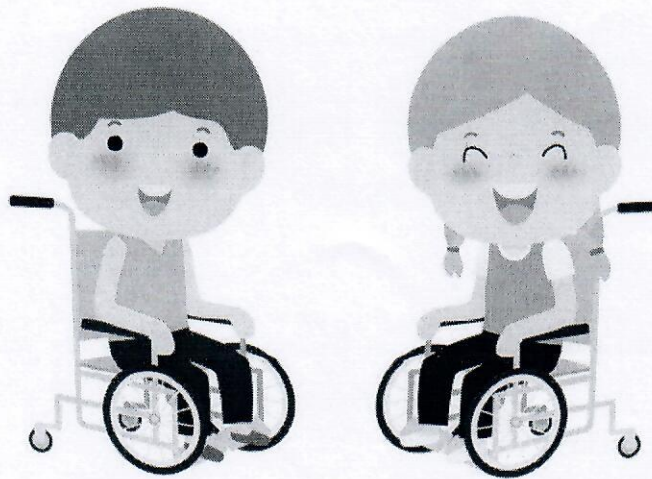
จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๕ ถ้าคนพิการมีผู้ดูแลให้นำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ

อย่างละ ๑ ฉบับ



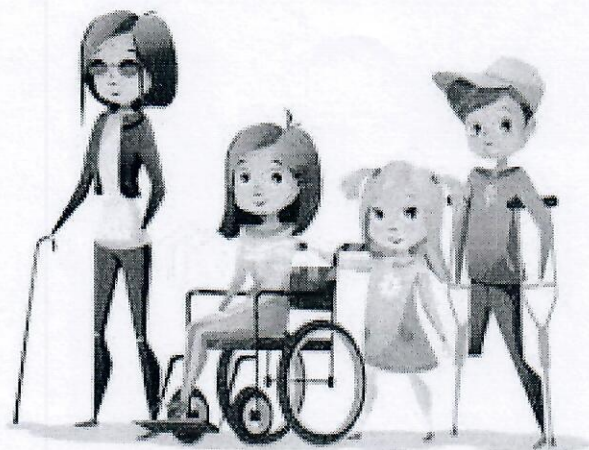
การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ สามารถติดต่อได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานี หรือ ติดต่อที่งานสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลบัวงาม เพื่อดำเนินการยื่นเอกสารให้โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

- | | |
|---|----------------|
| ๑. บัตรประจำตัวคนพิการฉบับเดิม | จำนวน ๑ รูป |
| ๒. รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว | จำนวน ๒ รูป |
| ๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน | อย่างละ ๑ ฉบับ |
| ๔. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการ ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน | อย่างละ ๑ ฉบับ |

การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ ผู้ดูแลคนพิการคนเก่าและผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ ต้องไปติดต่อทำเรื่องเปลี่ยนแปลงที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานี พร้อมกันด้วยตนเอง โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

- | | |
|---|----------------|
| ๑. บัตรประจำตัวคนพิการฉบับเดิม | |
| ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน | อย่างละ ๑ ฉบับ |
| ๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้ดูแล | อย่างละ ๑ ฉบับ |



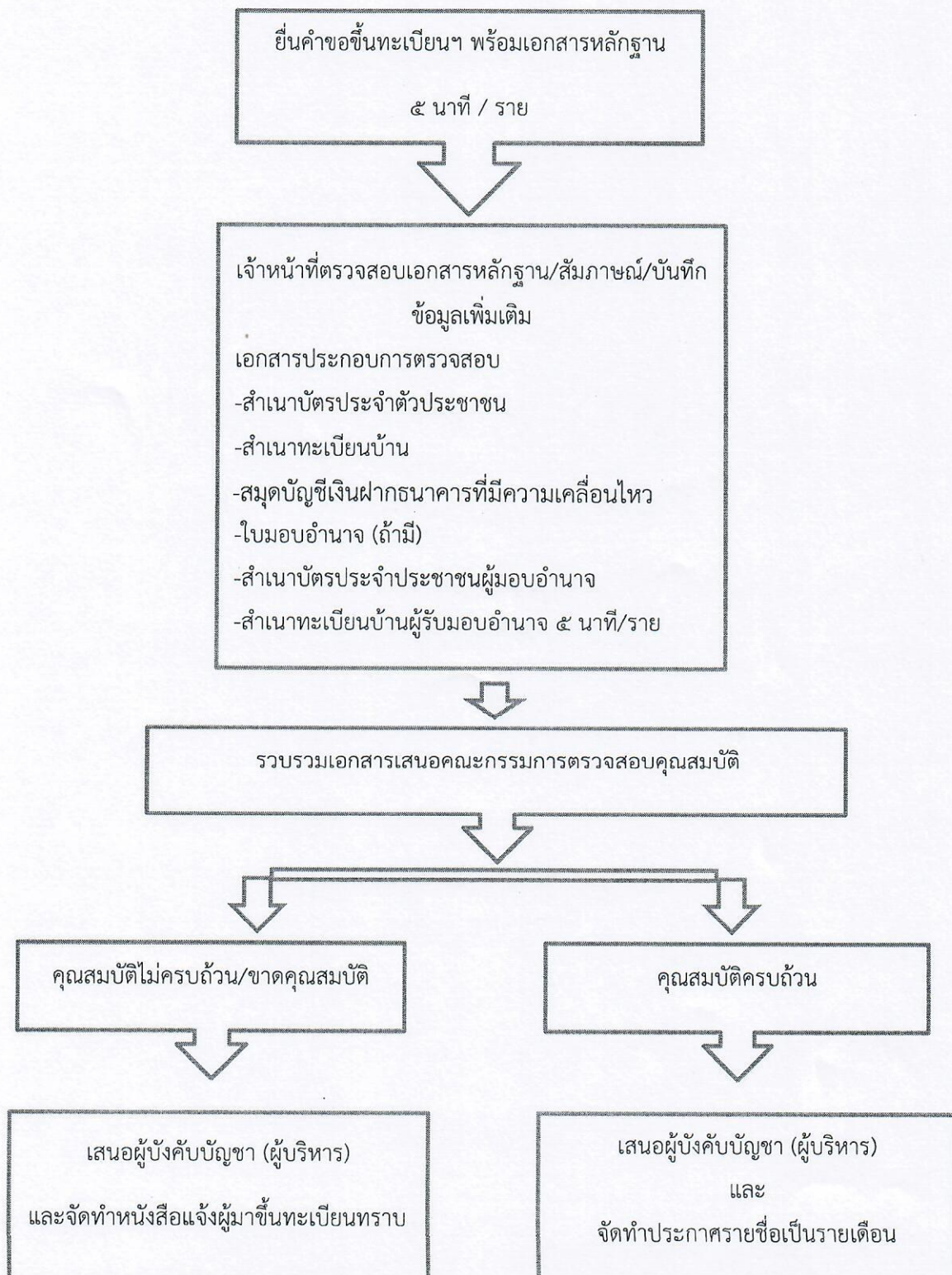
**ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘**

๑. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกโดยสถานพยาบาลของรัฐ แพทย์ต้องระบุ “เอดส์” / “ผู้ป่วยเอดส์” เท่านั้น
๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบึงงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี
๓. เป็นผู้มิรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้ดูแลเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้
๔. การยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด เทศบาลตำบลบึงงาม โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่นดังนี้
 - ๔.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรับ แพทย์ต้องระบุ “เอดส์”/ผู้ป่วยเอดส์”
 - ๔.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง
 - ๔.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง
๕. กรณีผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำร้องขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ สามารถมอบอำนาจให้ผู้อุปการะดำเนินการแทนได้
๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด

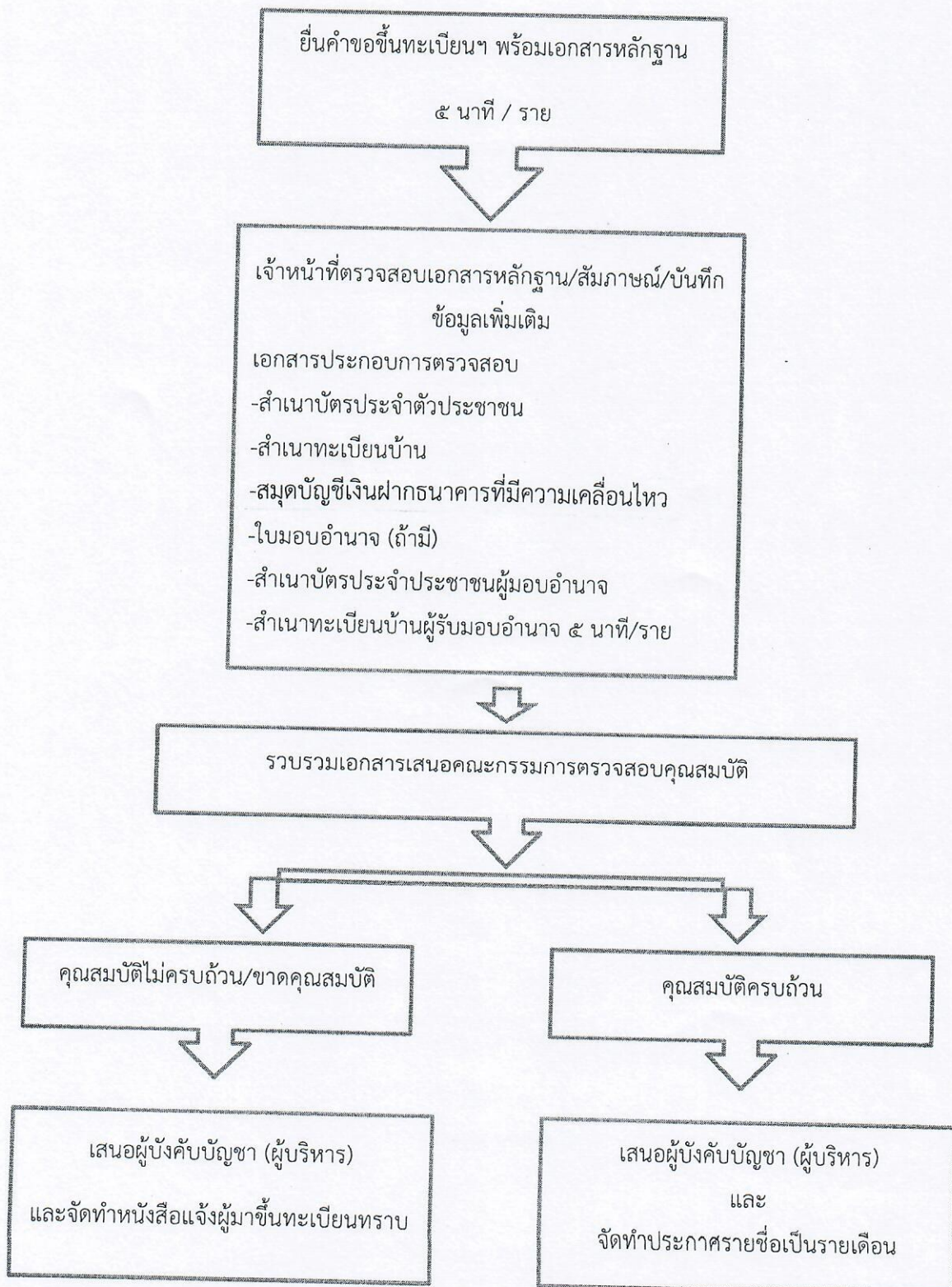
ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่า เป็นผู้ป่วยเอดส์ เท่านั้น
หากระบุว่า HIV /เอชไอวี / ภูมิคุ้มกันบกพร่อง / ผู้มีเชื้อเอชไอวี / หรือระบุเป็นอย่างอื่น
ถือว่าไม่เข้าหลักเกณฑ์การได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ภาคผนวก

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ



แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
การรับขึ้นทะเบียนคนพิการ



แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
การรับขึ้นทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนฯ พร้อมเอกสารหลักฐาน

**** ๕ นาที/ราย ****



เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน/สัมภาษณ์/บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม
เอกสารประกอบการตรวจสอบ มีดังนี้

-ใบรับรองแพทย์

-สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

-สำเนาทะเบียนบ้าน

-สมุดบัญชีเงินฝาก ธกส.

-สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทย

-สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

-สำเนาทะเบียนผู้รับมอบอำนาจ

**** ๕ นาที/ราย ****



เสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ/ลงพื้นที่ตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่



คุณสมบัติไม่ครบถ้วน/ขาดคุณสมบัติ



เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)
และจัดทำหนังสือแจ้งผู้มาขึ้นทะเบียนทราบ



คุณสมบัติครบถ้วน



เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)
พิจารณาอนุมัติ/จัดทำประกาศรายชื่อ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ลงทะเบียน

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/ชุมชน.....ตรอก/ ซอย ถนน.....

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

โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

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 บำเหน็จรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

☐ “ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - - แล้ว ☐ เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ☐ เป็นผู้ที่ไม่มีความประพฤติเรียบร้อย เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายก เทศมนตรี/อบต. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)
คำสั่ง ☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่น ๆ (ลงชื่อ) นายก เทศมนตรี/นายก อบต. วัน/เดือน/ปี	

ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยืนค้ำขอลงทะเบียนเก็บเพื่อเป็นหลักฐานการลงทะเบียน

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่คุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน โดยได้รับตั้งแต่เดือน..... พ.ศ. เป็นต้นไป กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่มาตั้งแต่วันที่ย้ายแต่ไม่เกินเดือนพฤศจิกายนของปีนั้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้เบี้ยผู้สูงอายุ

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

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

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน.....แทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือ
เสียชีวิตแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับคนพิการ
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา - มารดา ☐ บุตร ☐ สามเ - ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ)

เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐-☐☐-☐ ที่อยู่

..... โทรศัพท์

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า (เด็กชาย/เด็กหญิง/นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ นามสกุล

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี สัญชาติ มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน

เลขที่ หมู่ที่ ชุมชน ตรอก/ ซอย

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐-☐☐-☐

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้

☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางออกัสติก

☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ

รายได้ต่อเดือน อาชีพ

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ โทรศัพท์

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

☐ ได้รับเบี้ยความพิการ ☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ

☐ บัญชีเงินฝากธนาคาร

บัญชีเลขที่ ชื่อบัญชี

☐ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย"

☐ ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอมให้

ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ"

(ลงชื่อ) (ลงชื่อ)

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

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ ☒ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายก เทศมนตรี/อบต. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☒ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)
คำสั่ง ☒ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่นๆ..... (ลงชื่อ) นายก เทศมนตรี/นายก อบต. วัน/เดือน/ปี	

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่เดือน พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565 โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการตั้งแต่เดือน..... พ.ศ. ในอัตราเดือนละ บาท ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่โดยทันที ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

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

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน.....แทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือ
เสียชีวิตแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ผู้ยื่นคำขอฯ [] แจ้งด้วยตนเอง

[] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์

ที่ขอขึ้นทะเบียนชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

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

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ

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

เกี่ยวข้องโดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ อื่นๆ

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 โดยวิธีดังต่อไปนี้

(เลือก 1 วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง

☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์ จริง

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ

(ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

(.....)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

เรียน คณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน แล้ว

☐ เป็นผู้ที่มีสิทธิครบถ้วน

☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้

.....

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลวังงาม

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

(.....)

(.....)

(.....)

.....

.....

.....

คำสั่ง

☐ รับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน

☐ อื่นๆ

.....

.....

(.....)

.....

..... / /

หนังสือมอบอำนาจ

ที่

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ต.รอก / ซอย..... ถนน.....
แขวง / ตำบลเขต / อำเภอจังหวัด

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

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลงพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

หลักฐานประกอบของผู้รับมอบอำนาจ

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
- ☐ เอกสารอื่นๆ.....