



คู่มือกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานตามภารกิจ นักพัฒนาชุมชน



เทศบาลตำบลนาทัน
อำเภอดำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

คำนำ

เทศบาลตำบลนาทัน มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในเขตเทศบาลตำบลนาทัน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลเหล่านี้ รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการยืนยันสิทธิผู้สูงอายุเพื่อการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การรับลงทะเบียนคนพิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ และรับคำร้องผู้ป่วยเอดส์เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้กับบุคคลดังกล่าว โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และแก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็ว และถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าว ของเทศบาลตำบลนาทัน จึงได้จัดทำคู่มือการขอยืนยันสิทธิการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ และการยื่นคำร้อง เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

เทศบาลตำบลนาทัน หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็น ส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิที่ตนพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าว และประชาชนที่มาขอรับบริการต่อไป

เทศบาลตำบลนาทัน

สารบัญ

หน้า

ความเป็นมาและความสำคัญในการจัดทำคู่มือ	๑
คู่มือสำหรับประชาชนการขอยืนยันสิทธิการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๒
คุณสมบัติขอยืนยันสิทธิการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๓
ขั้นตอนการขอยืนยันสิทธิการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๔
การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ	๕
คู่มือสำหรับประชาชนการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ	๖
ขั้นตอนการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ	๗
ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ	๘
การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ	๙
คำชี้แจง	๑๐-๑๓
คู่มือสำหรับประชาชนการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์	๑๔-๑๕
ภาคผนวก	
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ	
-การขอยืนยันสิทธิการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	
-การเบิกจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	
-การขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ	
-การเบิกจ่ายเงินเบี้ยความพิการ	
-การขอยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์	
-การเบิกจ่ายเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์	
แบบฟอร์มการยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	
แบบฟอร์มคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ	
แบบฟอร์มแบบคำขอรับการสงเคราะห์	
หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์	
หนังสือมอบอำนาจ	
แบบคำขอสละสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพ	
สารพันคำถาม	

คู่มือกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานตามภารกิจ เทศบาลตำบลนาทัน อำเภอคำม่วน จังหวัดกาฬสินธุ์

หลักการและเหตุผล

คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual) เป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่งในการทำงานทั้งระดับหัวหน้างานและผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นการจัดทำรายละเอียดของการทำงานในหน่วยงานนั้น ๆ อย่างเป็นระบบและครบถ้วน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลายประการ เช่น การสอนงาน การตรวจสอบการทำงาน การควบคุมงาน การติดตามงาน และการประเมินผลการปฏิบัติงาน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานขององค์กรเปรียบเสมือนแผนที่บอกเส้นทางการทำงาน ที่มีจุดเริ่มต้น และจุดสิ้นสุด มีคำอธิบายตามที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานไว้ใช้อ้างอิงมิให้เกิดความผิดพลาดในการทำงาน การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานถือเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานตามแนวทางของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ที่มุ่งไปสู่การบริการคุณภาพทั่วทั้งองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ เพื่อให้การทำงานของส่วนราชการได้มาตรฐานเป็นไปตามเป้าหมายได้ ผลผลิตหรือการบริการที่มีคุณภาพเสร็จรวดเร็วทันตามกำหนดเวลานัดหมาย มีการทำงานปลอดภัย และไม่สร้างมลพิษแก่ชุมชน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้หน่วยงานมีการจัดทำคู่มือเพื่อประกอบการปฏิบัติงานให้เป็นมาตรฐานเดียวกันรวมถึงป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สำหรับการจัดทำคู่มือ การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานของฝ่ายต่างๆ ดังนี้เพื่ออธิบายขั้นตอนรายละเอียดของกระบวนการงานในความรับผิดชอบของนักพัฒนาชุมชน ให้ผู้ปฏิบัติงานทราบและเข้าใจว่าควรปฏิบัติงานอย่างไร เมื่อใด กับใคร และควรทำอะไรก่อนและหลัง โดยมีเอกสารอ้างอิงในการปฏิบัติงาน

๒. เพื่อให้การปฏิบัติงานของนักพัฒนาชุมชน มีแนวทางการปฏิบัติเป็นตามมาตรฐาน และเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ได้ผลิตผลหรือการบริการที่มีคุณภาพ เสร็จ รวดเร็ว ทันตามกำหนดเวลานัดหมาย

๓. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานด้านพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคมหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานดังกล่าวรวมทั้งผู้ที่สนใจใฝ่รู้ได้ทราบแนวทางการปฏิบัติงานของนักพัฒนาชุมชน และสามารถนำไปใช้เป็นส่วนในการติดต่อประสานงาน

๔. เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับผู้บริหารใช้ในการทบทวนและตรวจติดตามงานได้ทุกขั้นตอน

ช่องทางการให้บริการ

เทศบาลตำบลนาทัน เลขที่ ๑๘๗ หมู่ที่ ๕ ตำบลนาทัน อำเภอคำม่วน จังหวัดกาฬสินธุ์ ๔๖๑๘๐ เบอร์โทรสำนักงาน : ๐๘๖-๔๕๕๗-๖๐๘

หน้าที่รับผิดชอบ

ให้บริการคำปรึกษาแนะนำช่วยเหลือบำบัดฟื้นฟูป้องกัน ค้ำครองและพัฒนาผู้มา ขอรับบริการเพื่อให้เข้าถึงบริการเกี่ยวกับงานพัฒนาชุมชนการจัดบริการสังคมและงานสังคมสงเคราะห์อย่างทั่วถึงและเหมาะสม

คำจำกัดความ

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้ที่มาขอรับบริการจากส่วนราชการ

“ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

“ผู้ป่วยเอดส์” หมายความว่า ผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว

“คนพิการ” หมายความว่า คนพิการที่จดทะเบียนคนพิการตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. ๒๕๓๔ ซึ่งทางกฎหมายแบ่งออกเป็นประเภทความพิการทั้งสิ้น ๗ ประเภท คือ

๑. พิการทางการเห็น
๒. พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
๓. พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
๔. พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
๕. พิการทางสติปัญญา
๖. พิการทางการเรียนรู้
๗. พิการทางออทิสติก

“ผู้อุปการะ” หมายความว่า บรรดาผู้ดูแลผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ป่วยเอดส์ เช่นบิดามารดา บุตรสามีภรรยาญาติพี่น้องหรือบุคคลอื่นที่ผู้สูงอายุคนพิการและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการช่วยเหลือแต่ทั้งนี้มิให้หมายความรวมถึงสถานสงเคราะห์หรือองค์กรที่ดำเนินการใน ลักษณะเดียวกัน กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

“ผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์” หมายความว่า ผู้สูงอายุคนพิการและผู้ป่วยเอดส์ซึ่งได้รับการอนุมัติ รายชื่อจากผู้บริหารท้องถิ่นให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ

“ผู้มีส่วนได้เสีย” หมายความว่า ผู้ที่ได้รับผลกระทบ ทั้งทางบวกและทางลบ ทั้งทางตรงและทางอ้อม จากการดำเนินการของส่วนราชการ

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น.

- ๑๖.๓๐ น.

กระบวนการปฏิบัติงาน

กระบวนการให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์ต่างๆ (กรณีหน่วยงานดำเนินการเอง)

กระบวนการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ผู้เกี่ยวข้อง	ความต้องการ
<u>ผู้รับบริการ</u> - ผู้สูงอายุ	ได้รับเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดทุกเดือน
<u>ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</u> - ผู้ดูแลผู้สูงอายุ - ผู้รับมอบอำนาจรับเงิน	ได้รับเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดทุกเดือน

ข้อกำหนดกฎหมาย

-ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖

-พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๐

กระบวนการจ่ายเงินเบี้ยความพิการ

ผู้เกี่ยวข้อง	ความต้องการ
<u>ผู้รับบริการ</u> -คนพิการ	ได้รับเงินเบี้ยความพิการตามสิทธิที่พึงได้รับ
<u>ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</u> -ผู้ดูแลคนพิการ -ผู้รับมอบอำนาจรับเงิน	ได้รับเงินเบี้ยความพิการตามสิทธิที่พึงได้รับ

ข้อกำหนดกฎหมาย

-ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒

กระบวนการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ผู้เกี่ยวข้อง	ความต้องการ
ผู้รับบริการ -ผู้ป่วยเอดส์	ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ตามสิทธิที่พึงได้รับ
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย -ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ -ผู้รับมอบอำนาจรับเงิน	ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ตามสิทธิที่พึงได้รับ

ข้อกำหนดกฎหมาย

-ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

กระบวนการให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์ต่างๆ (กรณีประสานหน่วยงานภายนอกดำเนินการ)

ผู้เกี่ยวข้อง	ความต้องการ
ผู้รับบริการ -ประชาชนผู้ยื่นคำร้อง	ได้รับความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนตามสิทธิที่พึงได้รับ
ข้อกำหนดด้านกฎหมาย	ประสิทธิภาพของกระบวนการ
-พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๓ -พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๔๖ -ระเบียบกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการว่าด้วยการสงเคราะห์ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยและผู้ไร้ที่พึ่ง พ.ศ. ๒๕๕๒	-ประสานหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง -ผู้ยื่นคำร้องมีความพึงพอใจในกระบวนการให้บริการ รับทราบข้อมูลพื้นฐานของประชาชนที่ประสบปัญหา

หลักเกณฑ์ คุณสมบัติ วิธีการ เงื่อนไข

➤ การขอยืนยันสิทธิการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขอยืนยันสิทธิการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุดังนี้

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- (๓) มีอายุครบสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้ยืนยันสิทธิขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เกิดก่อน ๒ กันยายน ของปีงบประมาณนั้นๆ)
- (๔) เป็นผู้ไม่มีรายได้หรือมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุกำหนด

การรับเงิน

๑. รับเงินสดด้วยตนเอง
๒. รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
๓. โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ
๔. โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

หมายเหตุ : กรณีได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้ว และได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่ตำบลนาทัน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ จะต้องมาลงทะเบียนและขอยืนยันสิทธิการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ เทศบาลตำบลนาทัน อีกครั้งหนึ่งนับตั้งแต่วันที่ย้ายเพื่อจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเดือนถัดไป



ขั้นตอนการขอยืนยันสิทธิการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม
“แบบขอยืนยันสิทธิการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ”

- 😊 บัตรประจำตัวประชาชน พร้อมสำเนา ๑ ชุด
- 😊 ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา ๑ ชุด
- 😊 สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารใช้ได้ทุกธนาคาร พร้อมสำเนา ๑ ชุด
(เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อ และเลขที่บัญชี) สำหรับกรณีที่ผู้ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร
- 😊 หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) ๑ ชุด
- 😊 บัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ ๒ ชุด (กรณีมอบอำนาจ ให้ดำเนินการแทน)
- 😊 ทะเบียนบ้านของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ ๒ ชุด (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)
- 😊 สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารใช้ได้ทุกธนาคาร ๑ ชุด (กรณีรับผ่านธนาคาร ของผู้รับมอบอำนาจ)
- 😊 แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ ๑ ชุด

หมายเหตุ : ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมายืนยันสิทธิด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจ ให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นแบบขอยืนยันสิทธิการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับ เทศบาลตำบลนาทัน พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับมอบอำนาจ

****ขอรับแบบยืนยันสิทธิการรับเงินเบี้ยผู้สูงอายุ****
และยื่นเอกสารประกอบ ได้ที่ สำนักปลัด
เทศบาลตำบลนาทัน

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของ ขั้นตอนบริการ	ระยะเวลา ให้บริการ	ส่วนงาน/ หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุใน ปีงบประมาณถัดไปหรือ ผู้รับมอบอำนาจสามารถ ยื่นคำขอพร้อมเอกสาร หลักฐานโดยเจ้าหน้าที่จะ ตรวจสอบคำร้องขอ ลงทะเบียนและเอกสาร หลักฐานประกอบ	๒๐ นาที	สำนักปลัด	
๒	การพิจารณา	ออกใบรับลงทะเบียน ตามแบบยื่นคำขอ ลงทะเบียนให้ผู้ลงทะเบียน เขียนหรือผู้รับมอบอำนาจ	๑๐ นาที	สำนักปลัด	

การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได สำหรับผู้สูงอายุ



จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับใน ปัจจุบันการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ คิดใน อัตราเบี้ยยังชีพแบบ “ขั้นบันได” หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของ ผู้สูงอายุ ออกเป็นช่วง ๆ หรือเป็นขั้น ขึ้นไปเรื่อยๆ โดยเริ่ม ตั้งแต่อายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์

ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือน สำหรับผู้สูงอายุ (แบบขั้นบันได)

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

ระเบียบกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖

➤ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

คนพิการซึ่งจะมีสิทธิจะได้รับเบี้ยความพิการ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังนี้

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองหลวง (ตามทะเบียนบ้าน)
- (๓) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- (๔) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ



ตัวอย่างบัตรและสมุดประจำตัวคนพิการ

การรับเงิน

๑. รับเงินสดด้วยตนเอง
๒. รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
๓. โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ
๔. โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

หมายเหตุ : กรณีได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการอยู่แล้วและได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่ตำบลหนองหลวงจะต้องมาลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ เทศบาลตำบลนาทัน และให้ได้รับเบี้ยความพิการ จากเทศบาลตำบลนาทันในเดือนถัดไป ทั้งนี้ต้องได้รับการยืนยันจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมที่จ่ายเงินเบี้ยความพิการเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน

ขั้นตอนการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ
ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม
“แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ ”

- 😊 บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริม
คุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับจริง พร้อมสำเนา ๑ ชุด
- 😊 ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา ๑ ชุด
- 😊 สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา ๑ ชุด (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อ และ
เลขที่บัญชี) สำหรับกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ
ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการผ่านธนาคาร
- 😊 หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) ๑ ชุด
- 😊 บัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ ๒ ชุด (กรณีมอบอำนาจ
ให้ดำเนินการแทน)
- 😊 ทะเบียนบ้านของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ ๒ ชุด (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)
- 😊 สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารใช้ได้ทุกธนาคาร ๑ ชุด (กรณีรับผ่านธนาคาร ของผู้รับมอบอำนาจ)
- 😊 แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ๑ ชุด

หมายเหตุ : กรณีที่คนพิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจ เป็นลายลักษณ์
อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทนแต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและคนดูแลคนพิการไปแสดง
ต่อเจ้าหน้าที่ด้วย

****ขอรับแบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ****
และยื่นเอกสารประกอบ ได้ที่ สำนักปลัด
เทศบาลตำบลนาทัน

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเงิน เบี้ยความพิการหรือผู้รับ มอบอำนาจสามารถยื่น คำขอพร้อมเอกสาร หลักฐานโดยเจ้าหน้าที่ จะตรวจสอบคำร้องขอ ลงทะเบียนและเอกสาร หลักฐานประกอบ	๒๐ นาที	สำนักปลัด	
๒	การพิจารณา	ออกใบรับลงทะเบียน ตามแบบยื่นคำขอ ลงทะเบียนให้ผู้ขอ ลงทะเบียนหรือผู้รับมอบ อำนาจ	๑๐ นาที	สำนักปลัด	

ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ



๑. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสารรับรองความพิการ

๒. ดำเนินการขอบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกาฬสินธุ์ หากไม่สามารถเดินทางได้ติดต่อเทศบาลตำบลนาทัน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๒.๑ เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยแพทย์เฉพาะทาง

(ตัวจริง)

๒.๒ รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๒ รูป

๒.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๕ ถ้าคนพิการมีผู้ดูแลให้นำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

๒.๖ หากประสงค์มีผู้ดูแลไม่ใช่ บิดา พี่ น้อง มารดา สามเณร ภรรยาที่จดทะเบียนสมรส จะต้องไปรับรองผู้ดูแลคนพิการ

การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ



การดำเนินการต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ สามารถทำได้ที่สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกาฬสินธุ์ หรือ เทศบาลตำบลนาพัน โดยใช้ออกสารดังต่อไปนี้

๑. บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม
๒. รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๑ รูป
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน
อย่างละ จำนวน ๑ ฉบับ
๔. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการมีผู้ดูแล ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และ
สำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
๕. หากผู้ดูแลไม่ใช่บิดา พี่ น้อง มารดา สามี ภรรยา ที่จดทะเบียนสมรส จะต้อง
มีใบรับรองผู้ดูแลคนพิการ

การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ

การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ สามารถติดต่อได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกาฬสินธุ์ หรือ เทศบาลตำบลนาพัน โดยใช้ออกสารดังต่อไปนี้

๑. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน
อย่างละ จำนวน ๑ ฉบับ
๓. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนเดิม ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และ
สำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
๔. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ ใช้สำเนาบัตรประจำตัว
ประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
๕. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ
๖. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้รับรอง จำนวน ๑ ฉบับ
(กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ส.อบต. หรือ ข้าราชการ ระดับ ๓ ขึ้นไป)

ระเบียบกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการ
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ และแก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒

คำชี้แจง



ผู้สูงอายุ/คนพิการ ที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพอยู่แล้วในพื้นที่อื่นภายหลังได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่ในพื้นที่ ตำบลตะกุดไร ให้มาแจ้งยืนยันสิทธิและลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพต่อ ณ เทศบาลตำบลนาทัน เพื่อจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพในเดือนถัดไป

เช่น นาง ก. รับเงินเบี้ยยังชีพอยู่ องค์การบริหารส่วนตำบลม่วงน้อย ภายหลังได้แจ้งย้ายที่อยู่มาอยู่พื้นที่ตำบลตะกุดไร ในวันที่ ๒๒ ตุลาคม ๒๕๖๖ นาง ก. ต้องมาแจ้งยืนยันสิทธิและลงทะเบียนใหม่ ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลตะกุดไร ในเดือนตุลาคม ๒๕๖๖ เพื่อจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพ ในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๖ ณ เทศบาลตำบลนาทัน เป็นต้นไป

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ
รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และเบี้ยความพิการ



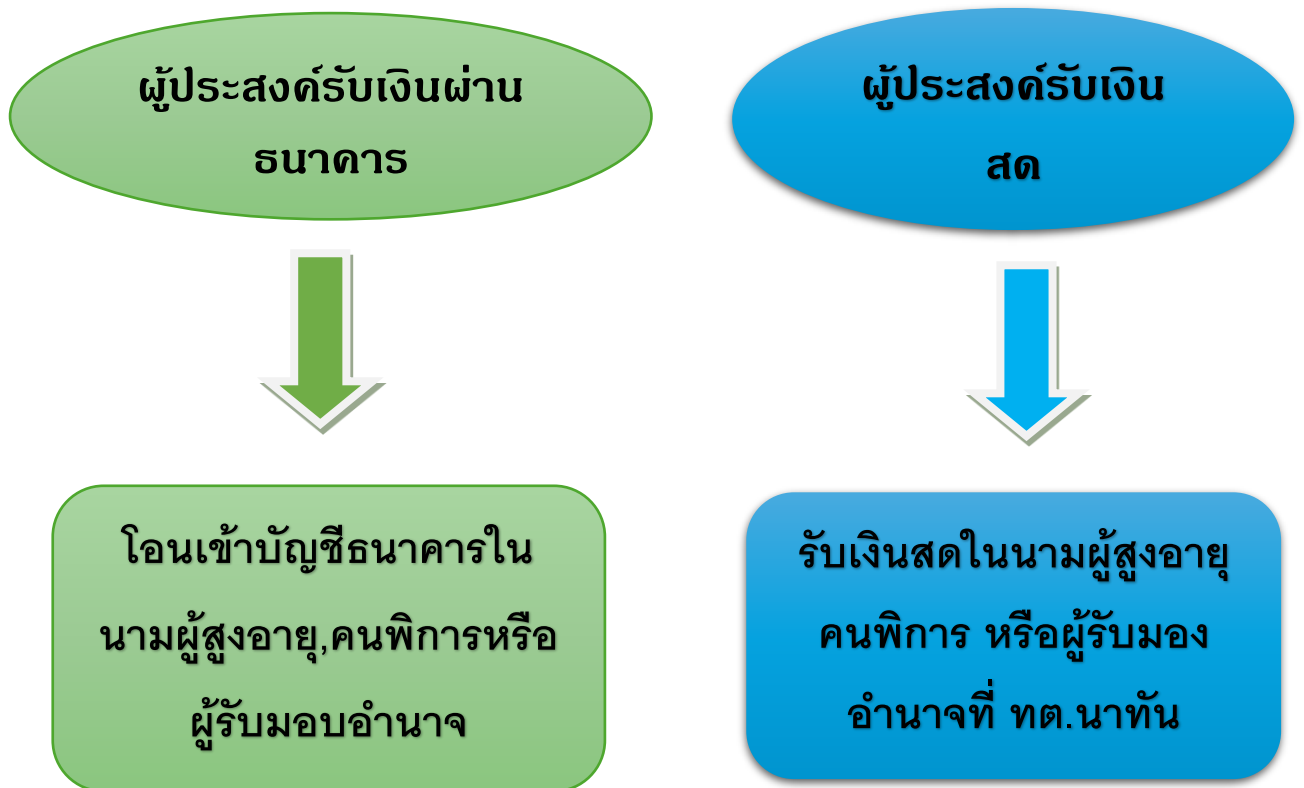
ให้ผู้ที่มายื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพ มาตรวจสอบ รายชื่อ
ตามประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ ณ ที่ทำการเทศบาลตำบล
นาทัน อำเภอดำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและเบี้ยความพิการ

เทศบาลตำบลนาทัน จะดำเนินการเบิก - จ่ายเงิน ให้กับ
ผู้สูงอายุและคนพิการที่มีสิทธิเป็นเงินสด หรือโอนเข้าบัญชีธนาคาร
(กรมบัญชีกลางเป็นผู้จ่าย)ตามที่คุณสูงอายุและคนพิการได้แจ้งความ
ประสงค์ไว้ ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน

กำหนดวันจ่ายเงินเบี้ยยังชีพ ภายในวันที่ ๑ - ๑๐ ของเดือน
(ตามความเหมาะสม)

ช่องทางการรับเงินเบี้ยยังชีพ



การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ



๑. ตาย
๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตเทศบาลตำบลนาทัน
๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
๔. ขาดคุณสมบัติ

หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และคนพิการ

๑. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง
๒. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพ หรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเป็นเงินสด ต้องมารับเงินให้ตรงตามวัน เวลา ที่กำหนด
๓. เมื่อย้ายภูมิลำเนาจากเทศบาลตำบลนาทัน ไปอยู่ภูมิลำเนาอื่น ให้แจ้งข้อมูลเพื่อให้เทศบาลตำบลนาทันได้รับทราบ
๔. ให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่งานเบี้ยยังชีพ ตรวจสอบการเสียชีวิตเป็นประจำทุกเดือนจากในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๕. กรณีตาย ให้ผู้ดูแลหรือญาติของผู้สูงอายุ หรือคนพิการของผู้รับเงินเบี้ยยังชีพแจ้งการตาย ให้ เทศบาลตำบลนาทันได้รับทราบ (พร้อมสำเนามรณบัตร) ภายใน ๗ วัน



➤ การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

คุณสมบัติของผู้รับเบี้ยยังชีพเอดส์

- เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
- มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
- มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ หรือถูกทอดทิ้ง ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ได้รับความเดือดร้อนหรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน

ขั้นตอนการขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม

“แบบคำขอการรับเงินสงเคราะห์”

- 😊 บัตรประจำตัวประชาชน พร้อมสำเนา ๑ ชุด
- 😊 ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา ๑ ชุด
- 😊 สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารใช้ได้ทุกธนาคาร พร้อมสำเนา ๑ ชุด
- 😊 หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) ๑ ชุด
- 😊 บัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ ๒ ชุด (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)
- 😊 ทะเบียนบ้านของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ ๒ ชุด (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)
- 😊 สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารใช้ได้ทุกธนาคาร ๑ ชุด (กรณีรับผ่านธนาคาร ของผู้รับมอบอำนาจ)
- 😊 แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ๑ ชุด

การรับเงิน

- รับเงินสดด้วยตนเอง
- รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
- โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ
- โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดย สถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าเป็นโรคเอดส์จริง
๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองหลวง
๓. การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่นดังนี้
 - ๓.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็น โรคเอดส์ จริง
 - ๓.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
 - ๓.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
๔. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้
๕. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด
๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้วแล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ จากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนา เข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนา เท่านั้น
๗. กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้องแจ้งให้ ฝ่ายสวัสดิการสังคมทราบภายใน ๗ วัน

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้่วยเอดส์หรือผู้รับมอบอำนาจ สามารถยื่นคำขอพร้อม เอกสารหลักฐานโดยเจ้าหน้าที่จะตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ	๒๐ นาที	สำนักปลัด	
๒	การพิจารณา	ออกใบนัดหมายตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติ	๑๕ นาที	สำนักปลัด	
๓	การพิจารณา	ตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์	๓ วัน	สำนักปลัด	
๔	การพิจารณา	จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบความเห็นชอบเพื่อเสนอผู้บริหาร พิจารณา	๒ วัน	สำนักปลัด	
๕	การพิจารณา	พิจารณาอนุมัติ	๗ วัน	สำนักปลัด	

ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่าป่วยเป็น **โรคเอดส์** เท่านั้น หากระบุว่าป่วยเป็น HIV หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง จะไม่เข้าหลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์

การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ข้อ ๑๓ สิทธิของผู้ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ตามระเบียบนี้ สิ้นสุดลงใน กรณี ดังต่อไปนี้

๑. ตาย
๒. ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖
๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ระเบียบกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

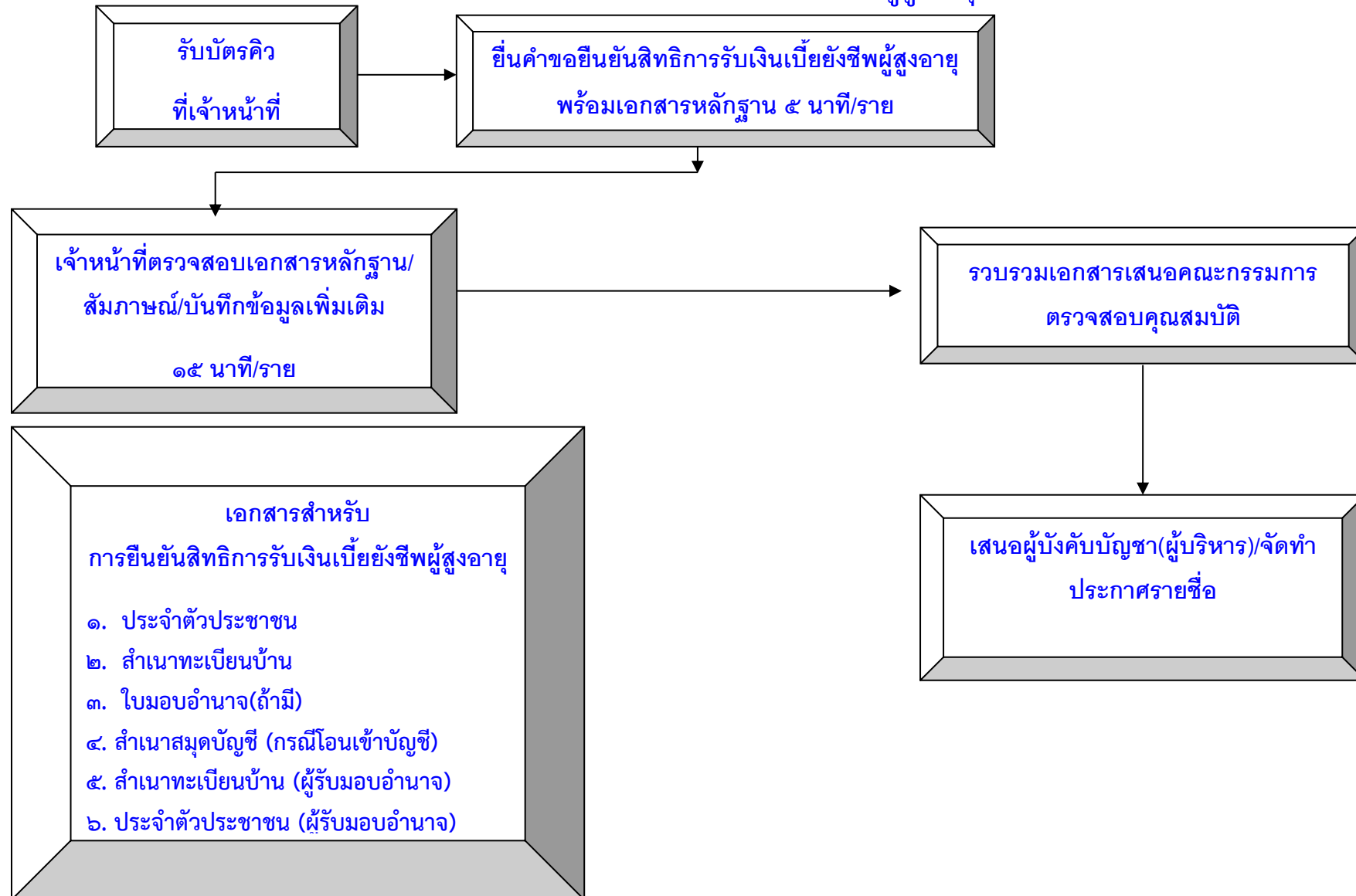


ภาคผนวก

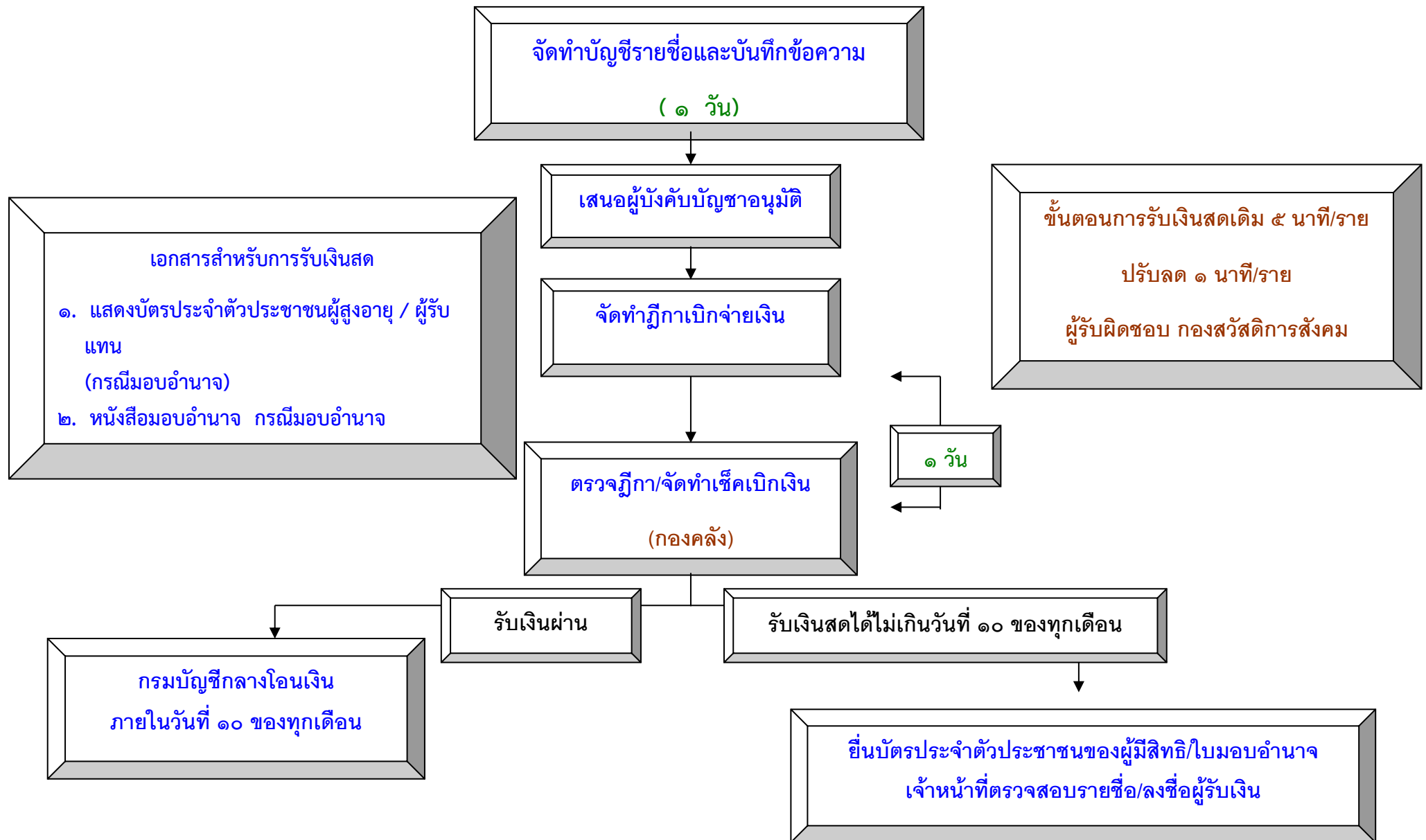
ขั้นตอนการขอยืนยันสิทธิการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ๑๕ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๓-๕ นาที/ราย

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

(การขอยืนยันสิทธิการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ)



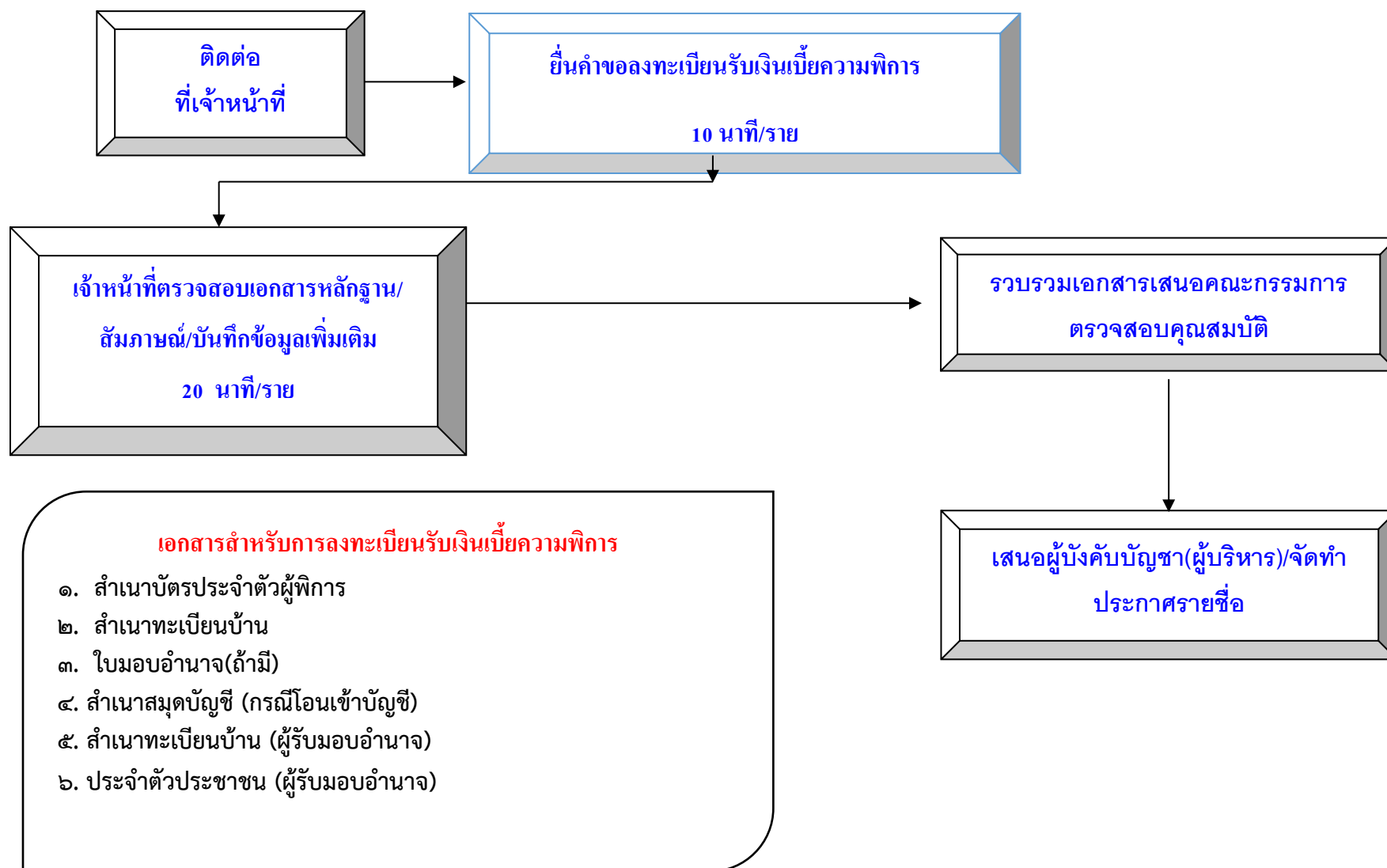
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
(การเบิก-จ่ายเบี้ยผู้สูงอายุ)



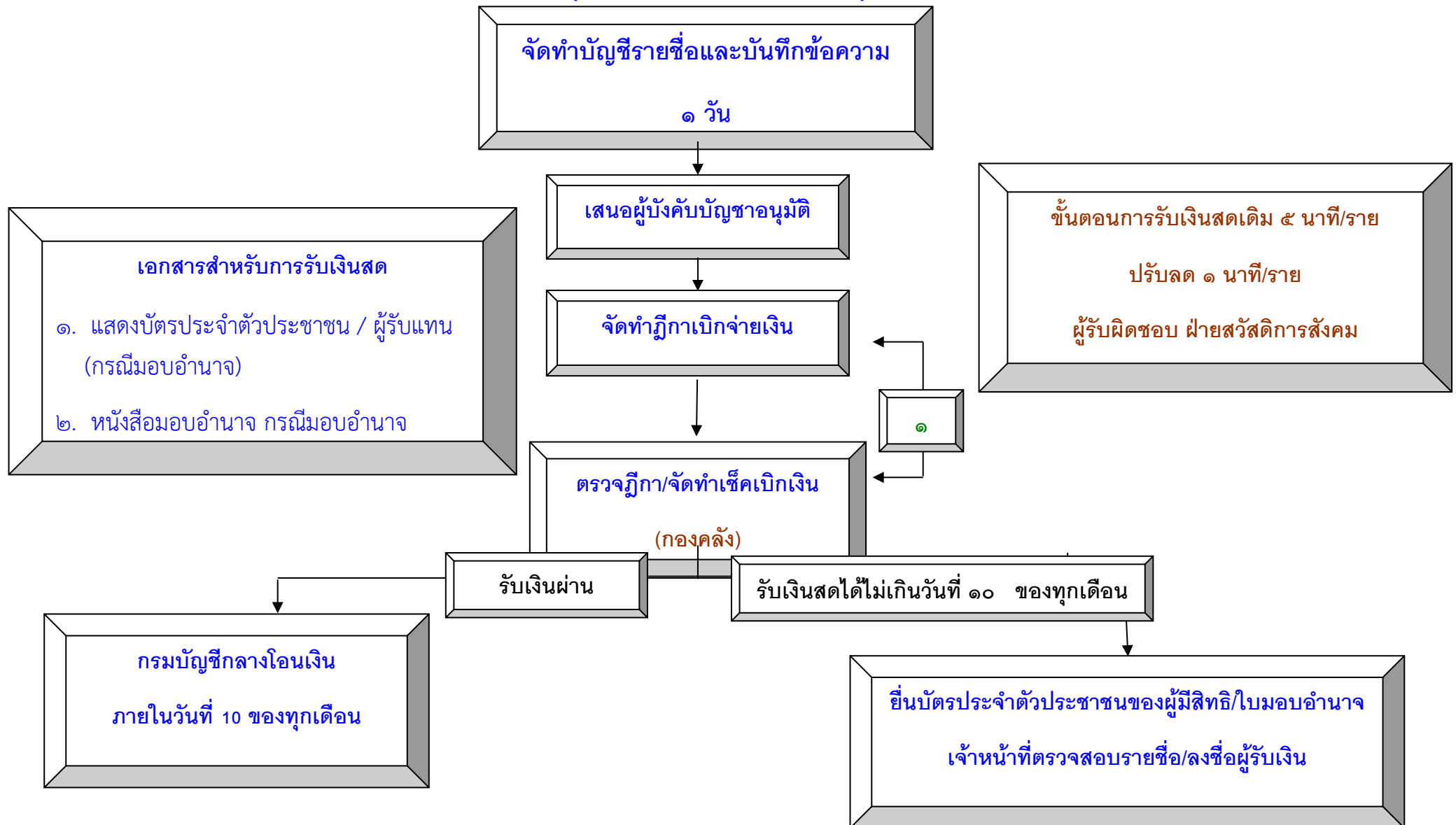
ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนเบี้ยความพิการ ๓๐ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๓-๕ นาที/ราย

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

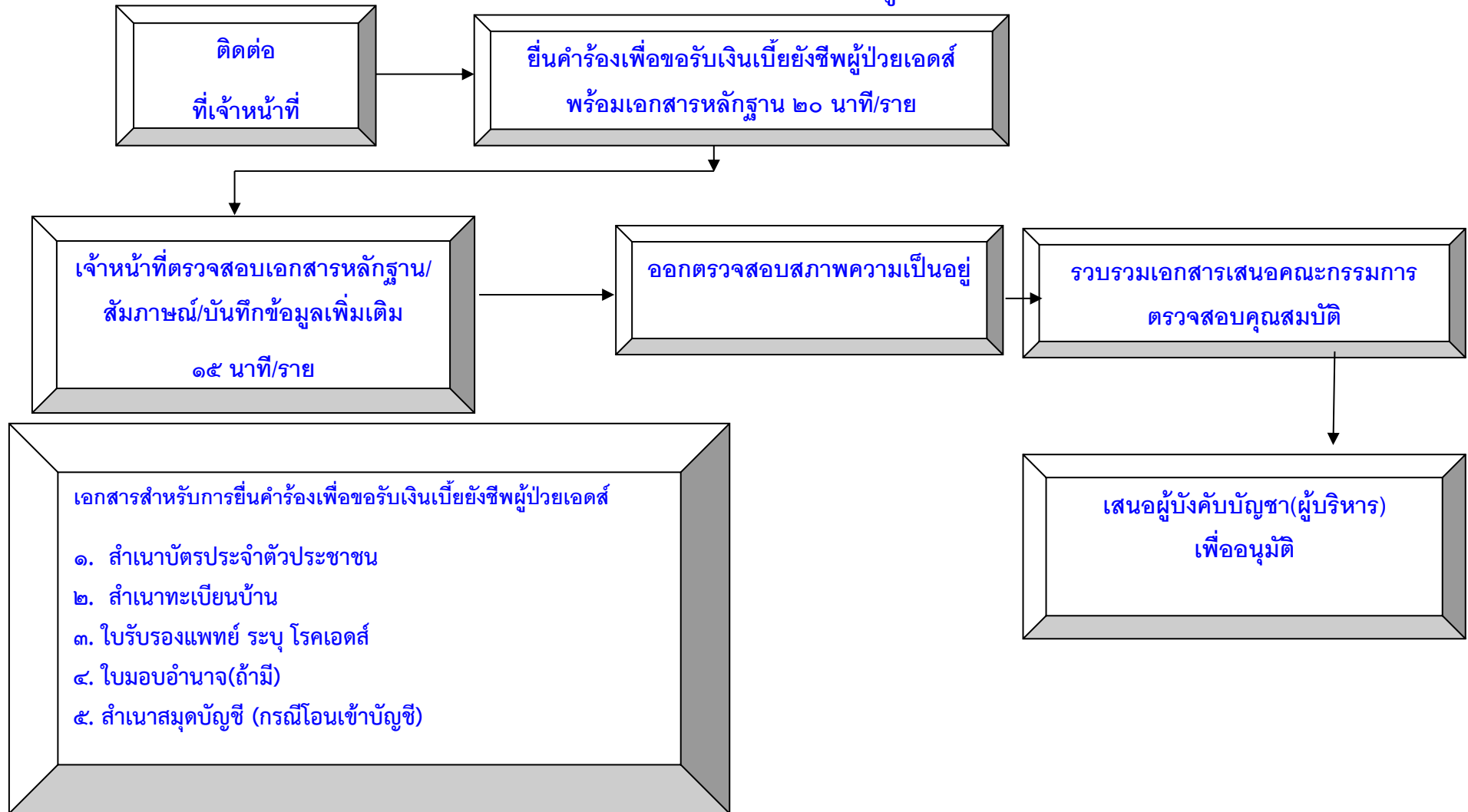
(การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ)



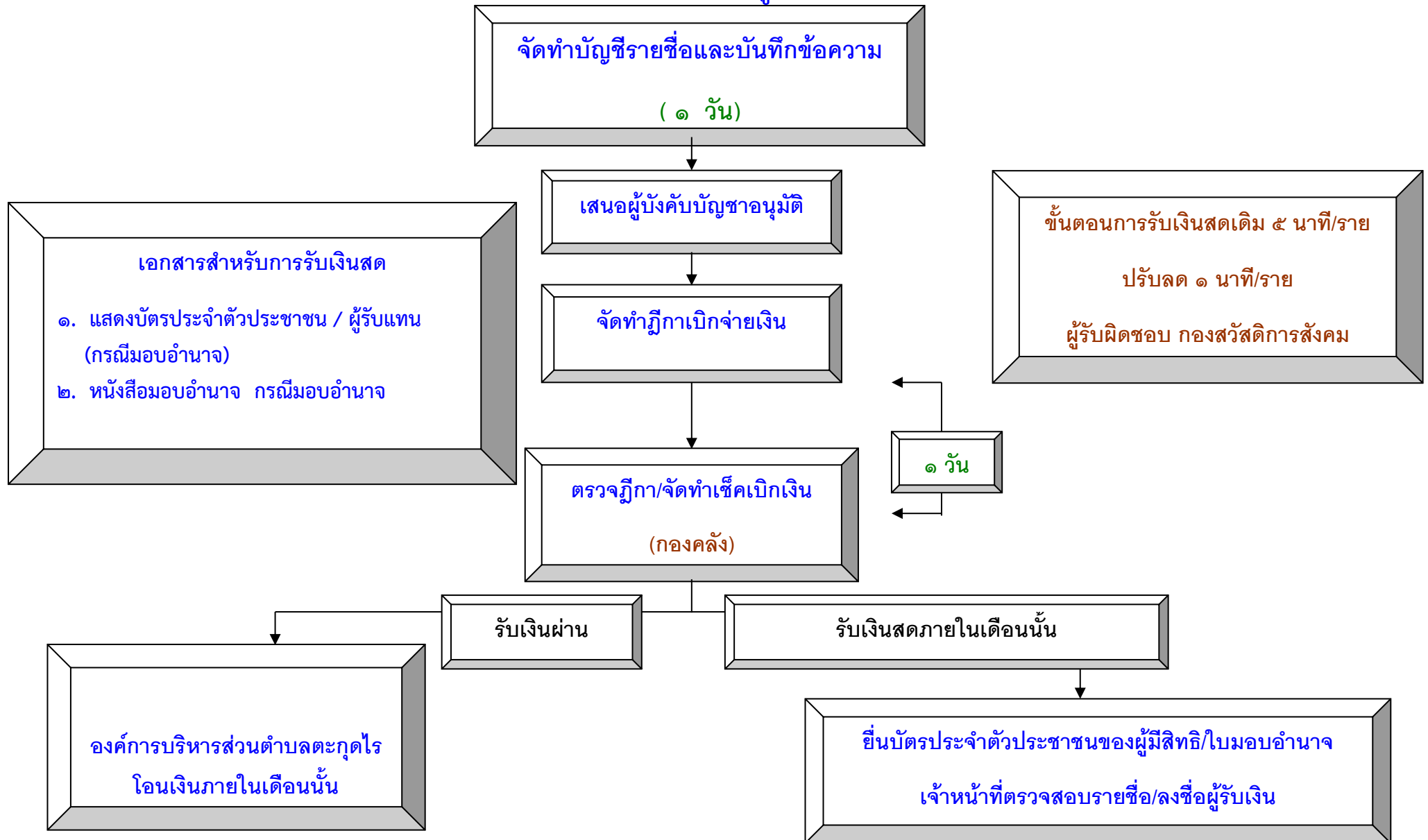
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การเบิก-จ่ายเบี้ยความพิการ)



ขั้นตอนการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
(การขอยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์)



แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
(การเบิก-จ่ายเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์)



ตัวอย่างแบบฟอร์มแบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ทะเบียนเลขที่.....

แบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ยืนยันสิทธิ
ชื่อ -สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ)เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
□-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ นามสกุล.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.อายุ.....ปี สัญชาติ.....ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
เลขที่ หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ ซอย ถนน..... ตำบล
.....อำเภอ.....จังหวัดรหัสไปรษณีย์โทรศัพท์
.....

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

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

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

มีความประสงค์ ☐ ขอยืนยันสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย
ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖)

☐ ไม่ขอรับสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

☐ “ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ณ วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

☐ “ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น
และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ยืนยันสิทธิ/ผู้รับมอบอำนาจยืนยันสิทธิ

(ลงชื่อ)

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับยืนยันสิทธิ

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

(ตัวอย่าง)

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/

อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน.....แทนข้าพเจ้าจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง การมอบ

อำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเอง

ทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลงพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ตัวอย่างแบบฟอร์มคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

ทะเบียนเลขที่.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา – มารดา ☐ บุตร ☐ สามเษ – ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ ชื่อ – สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....	
เลขประจำตัวประชาชน -	
ที่อยู่.....	โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ชื่อ.....นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี สัญชาติ..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....ตำบลหนองหลวง

อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย รหัสไปรษณีย์ ๖๔๑๓๐ โทรศัพท์.....หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ -

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา
☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้
☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางออทิสติก
☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่เมื่อ

☐ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้พลัดพราก อื่นๆ(ระบุ)
☐ ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตัวเอง ☐ มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ ☐ ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้
☐ มีอาชีพ (ระบุ) ☐ รายได้ต่อเดือน (ระบุ)(บาท)

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕..... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี -

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

ตัวอย่างแบบฟอร์มแบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลนาทัน

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

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

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

นาทัน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ รหัสไปรษณีย์ 46180 ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

1. ที่พักอาศัย

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

() เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

3. การพักอาศัย

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

() พักอาศัยกับ รวมคน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน

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

4. 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 นายกเทศมนตรีตำบลนาทัน

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มีสิทธิได้รับ
การสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่.....นั้น
ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

() เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลนาทัน

ข้าพเจ้า.....ขอมอบอำนาจให้.....เลข

ประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....

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

ศัพท์.....โทรสาร.....เกี่ยวพันเป็น.....

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำ
เองทุกประการ

() แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

() แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

โดยให้จ่ายให้แก่.....

() เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

() แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

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.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน () เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ () เบี้ยความพิการ () เงินสงเคราะห์ผู้ป่วยฯ แทนข้าพเจ้า
“ทั้งในขณะที่ชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำ
ด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เขียนที่.....เทศบาลตำบลนาทัน.....

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/แขวง.....อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

.....โทรศัพท์.....

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

ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่ในปัจจุบัน จากเทศบาลตำบลนาทัน อำเภอคำม่วน จังหวัดกาฬสินธุ์ เดือนละ.....บาท

มีความประสงค์ขอเสนอสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ตั้งแต่เดือนถัดจากเดือนที่ได้แจ้งความประสงค์เป็นต้นไป

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- ☐ กรณีแจ้งด้วยตนเอง : สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
- ☐ กรณีแจ้งมอบอำนาจ : หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

(ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ).....

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

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอสละสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ

เขียนที่.....เทศบาลตำบลนาทัน.....

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/แขวง.....อำเภอ.....จังหวัด..... รหัส
ไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

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

ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่ในปัจจุบัน จากเทศบาลตำบลนาทัน อำเภอคำม่วน จังหวัดกาฬสินธุ์ เดือนละ.....บาท

มีความประสงค์ขอสละสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือนถัดจากเดือนที่ได้แจ้งความประสงค์เป็นต้นไป

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- ☐ กรณีแจ้งด้วยตนเอง : สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
- ☐ กรณีแจ้งมอบอำนาจ : หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

(ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ).....

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

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอสละสิทธิรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

เขียนที่.....เทศบาลตำบลนาพัน.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่ที่/ชุมชน.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัส

ไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สงอายุที่ยื่นคำขอ □-□□□□□-□□□□□□-□□-□

ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่ใปัจจุบัน จากเทศบาลตำบลนาทัน อำเภอดำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ เดือนละ.....บาท

มีความประสงค์ขอสละสิทธิรับเงินรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่เดือนถัดจากเดือนที่ได้แจ้งความประสงค์เป็นต้นไป

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ กรณีแจ้งด้วยตนเอง : สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

☐ กรณีแจ้งมอบอำนาจ : หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

(ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ).....

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

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

สารพันคำถาม

ถาม

ผู้สูงอายุ คนพิการ ที่อยู่ใ้ในคุกสามารถยืนยันสิทธิหรือขึ้นทะเบียน เพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ หรือที่เคยได้รับเงินเบี้ยยังชีพอยู่แล้วมีสิทธิได้รับต่อเนื่องหรือไม่

ตอบ

ยืนยันสิทธิและขึ้นทะเบียนได้ เพราะถือว่ามีสิทธิลงทะเบียนได้ปกติกรณีได้รับเงินเบี้ยยังชีพอยู่แล้ว ยังมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ ถึงจะจำคุกยังได้มีสิทธิตามระเบียบได้ครับ

ถาม

บุคคลที่เป็นโรคเรื้อนและได้รับเงินจากกรมควบคุมโรค สามารถยืนยันสิทธิผู้สูงอายุได้หรือไม่

ตอบ

ยืนยันสิทธิได้ แต่ต้องไม่มีชื่อของสถานที่โรคเรื้อน ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ครับ

ถาม

ถ้าผู้สูงอายุรับเงินเบี้ยคนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ อยู่แล้ว จะสามารถยืนยันสิทธิและรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้หรือไม่

ตอบ

ยืนยันสิทธิได้และสามารถรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ เมื่ออายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ครับ

ถาม

พระภิกษุสงฆ์สามารถยืนยันสิทธิเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้หรือไม่

ตอบ

ยืนยันสิทธิได้ ยกเว้นพระภิกษุสงฆ์ที่ได้รับเงินเดือน (เงินนิตยภัต) เช่น เจ้าอาวาส เจ้าคณะตำบล เป็นต้น

ถาม

ถ้าผู้สูงอายุอาศัยอยู่ที่ต่างประเทศ แต่ยังมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในประเทศไทย สามารถยืนยันสิทธิและมีสิทธิรับเงินได้หรือไม่

ตอบ

สามารถยืนยันสิทธิและมีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ครับ

ถาม

ผู้สูงอายุที่รับเบี้ยยังชีพอยู่แล้ว สามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการรับเงินได้หรือไม่

ตอบ

ได้ โดยมายื่นความประสงค์ได้ที่ อบต./เทศบาลที่รับเงินครับ

ถาม

ผู้สูงอายุ หรือคนพิการ ที่รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการอยู่แล้ว หากมีการแจ้งย้ายภูมิลำเนาไปที่แห่งอื่น จะต้องลงทะเบียนเพื่อรับเงินอีกหรือไม่ เพื่อจะได้รับเงินต่อเนื่อง

ตอบ

จะต้องไปยื่นยันสิทธิ ลงทะเบียน ที่ อบต./เทศบาล หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
แห่งใหม่นับตั้งแต่วันที่ย้าย เพื่อให้มีสิทธิรับเงินในเดือนถัดไปกับ อบต./เทศบาล หรือ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่

หากมีข้อสงสัยนอกเหนือจากคู่มือฯ ติดต่อสอบถาม

นักพัฒนาชุมชน สำนักปลัด เทศบาลตำบลนาทัน

อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

โทร. ๐๘๖-๔๕๕๗-๖๐๘



