



คู่มือการปฏิบัติงานเบี้ยยังชีพ

เทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์

- **การลงทะเบียนและยื่นคำร้องรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- **การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ
- **การยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพป่วยเอดส์
- **ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ



งานพัฒนาชุมชน ฝ่ายอำนวยการ สำนักปลัดเทศบาล

โทรศัพท์ ๐-๔๓๔๖-๓๑๐๑

คำนำ

เทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์ มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคมและส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลเหล่านี้ รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การรับลงทะเบียนผู้พิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ และรับคำร้องผู้ป่วยเอดส์เพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้กับบุคคลดังกล่าว โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๒ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่๔) พ.ศ.๒๕๖๒ และระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่๔) พ.ศ.๒๕๖๒

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวกรวดเร็ว และถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าว จึงได้ทำคู่มือการลงทะเบียน และยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพ และยื่นคำร้องเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

เทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงมีสิทธิที่ตนพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการต่อไป

งานพัฒนาชุมชน

เทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์

สารบัญ

หน้า

คำนำ

สารบัญ

ความเป็นมาและความสำคัญในการจัดทำคู่มือ	๑
คู่มือสำหรับประชาชนการขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๒
คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๓
ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๔
คู่มือสำหรับประชาชนการขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ	๕
ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ	๖
คำชี้แจง	๗ - ๑๒
ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ	๑๓ - ๑๔
ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	๑๕

ภาคผนวก

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

-การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ

-การรับขึ้นทะเบียนคนพิการ

-การรับขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์

แบบฟอร์มการขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ

แบบฟอร์มการขึ้นทะเบียนคนพิการ

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

หนังสือรับรองการมีชีวิต

สารพันคำถาม

ความเป็นมาและความสำคัญในการจัดทำคู่มือ

คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual) เป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่งในการทำงานทั้งระดับ หัวหน้างานและผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นการจัดทำรายละเอียดของการทำงานในหน่วยงานนั้นๆ อย่างเป็นระบบ และครบถ้วน สามารถนำไปใช้ประโยชน์หลายประการ เช่น การสอนงาน การตรวจสอบการทำงาน การควบคุมงาน การติดตามงานและการประเมินผลการปฏิบัติงาน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานขององค์กรเปรียบเสมือนแผนที่บอกเส้นทางการทำงานที่มีจุดเริ่มต้น และจุดสิ้นสุด มีคำอธิบายตามที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานไว้อ้างอิง ไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการทำงาน การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานถือเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานตามแนวทางของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ที่มุ่งไปสู่การบริการคุณภาพทั่วทั้งองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ เพื่อให้การทำงานของส่วนราชการได้มาตรฐานเป็นไปตามเป้าหมายได้ผลิตผลหรือการบริการที่มีคุณภาพ เสร็จรวดเร็วทันตามกำหนดเวลา เพื่อบรรลุข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการดังกล่าว คู่มือการปฏิบัติงานของหน่วยงาน ดังนี้

๑. เพื่อให้หน่วยงานมีการจัดทำคู่มือฯ เพื่อประกอบการปฏิบัติงานให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมถึงป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สำหรับการจัดทำคู่มือของฝ่ายต่างๆ ดังนี้ เพื่ออธิบายขั้นตอนรายละเอียดของกระบวนการในความรับผิดชอบของงานพัฒนาชุมชน ให้ถือปฏิบัติตามทราบและเข้าใจว่าควรปฏิบัติงานอย่างไร เมื่อใด กับใคร และควรทำอะไรก่อนหลัง โดยมีเอกสารอ้างอิงในการปฏิบัติงาน

๒. เพื่อใช้การปฏิบัติงานของงานพัฒนาชุมชน มีแนวทางการปฏิบัติเป็นไปตามมาตรฐานและเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ได้ผลิตผลหรือการบริการที่มีคุณภาพเสร็จรวดเร็วทันตามกำหนดเวลานัดหมาย

๓. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานด้านพัฒนาชุมชนหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานดังกล่าว รวมทั้งผู้ที่สนใจใฝ่รู้ได้ทราบแนวทางการปฏิบัติงานของงานพัฒนาชุมชนฯ และสามารถนำไปใช้เป็นสื่อในการติดต่อประสานงาน

๔. เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับผู้บริหารใช้ในการทบทวนและตรวจติดตามงานได้ทุกขั้นตอน

คู่มือสำหรับประชาชน
การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ให้ผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
ในปีงบประมาณถัดไป ลงทะเบียน และ
ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงกันยายน



คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพ

****ผู้สูงอายุ** ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖**

ตรวจสอบคุณสมบัติของตนเอง ตามรายการ ดังนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น (ตามทะเบียนบ้าน)
๓. เป็นผู้ที่จะมีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ (ปัจจุบันอายุ ๕๙ ปีบริบูรณ์ นับจนถึงวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๖ เกิดก่อน ๒ กันยายน ๒๕๐๖)
๔. ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์ใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 - (ก) เป็นผู้ได้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน
 - (ข) ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น
 - (ค) ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทนรายได้ประจำหรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

หมายเหตุ: กรณีได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้วและได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่ของเทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น จะต้องมาลงทะเบียนที่เทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น อีกครั้งหนึ่งนับตั้งแต่วันที่ย้ายเข้าแต่ไม่เกินเดือนกันยายนของปีนั้นๆ และขยายเวลาเพิ่มเติมระหว่างเดือนตุลาคม - เดือนพฤศจิกายน ของทุกปี

ทั้งนี้ ให้ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากเทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ในปีงบประมาณถัดไป **เพื่อใช้สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพต่อเอง...**

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

“ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ”

ณ งานพัฒนาชุมชน ฝ่ายอำนวยการ สำนักปลัดเทศบาล

เอกสารหลักฐานประกอบแบบคำขอลงทะเบียน

เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

***บัตรประจำตัวประชาชน ฉบับจริง

***ทะเบียนบ้าน ฉบับเจ้าบ้าน

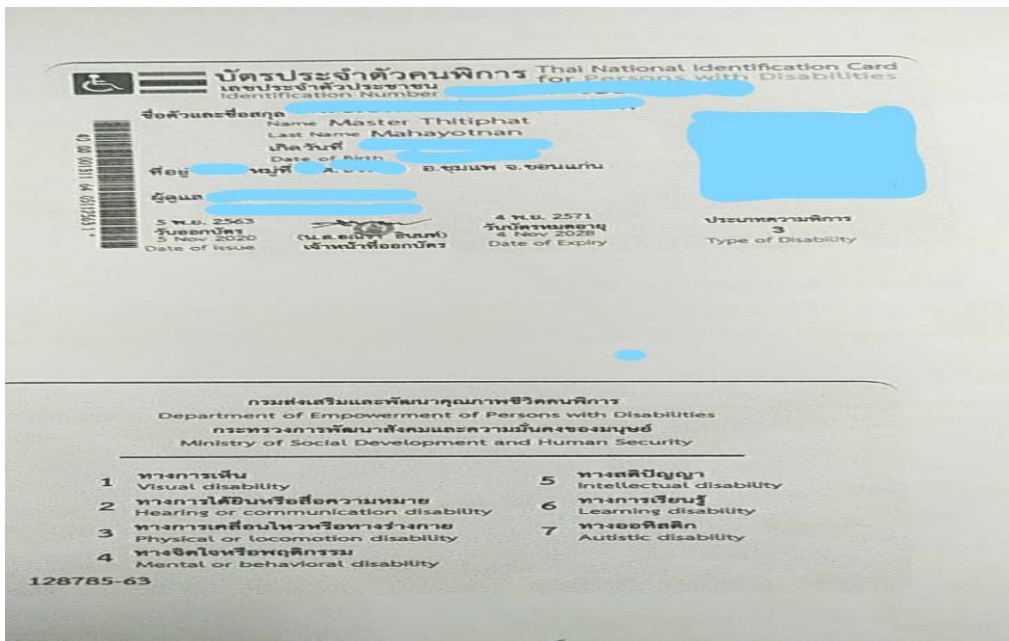
***สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารฉบับจริง สำหรับกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร

หมายเหตุ: ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ อาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อที่เทศบาลตำบลโคกสูง สัมพันธ์ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น พร้อมสำเนาบัตรประชาชน ของผู้รับมอบอำนาจ

คู่มือสำหรับประชาชน
การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ
ตรวจสอบคุณสมบัติของตนเอง ตามรายการดังนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น (ตามทะเบียนบ้าน)
๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ตัวอย่างบัตรประจำตัวคนพิการ



หมายเหตุ: กรณีได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการอยู่แล้วและได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่เทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น จะต้องมาลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการที่เทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น และให้ได้รับเบี้ยความพิการจากเทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ในเดือนถัดไป ทั้งนี้ ต้องได้รับการยืนยันจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จ่ายเงินเบี้ยความพิการให้ เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนในการจ่ายเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งสองแห่ง **เพื่อใช้สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพต่อเนื่อง**

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยคนพิการ

“ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม”

“แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยคนพิการ”

ให้คนพิการที่ได้จดทะเบียนคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการมาลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเอง ณ งานพัฒนาชุมชน ฝ่ายอำนวยการ สำนักปลัดเทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์ หรือสถานที่ที่เทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์กำหนด และมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป โดยมีเอกสารหลักฐาน ดังนี้

***บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับจริง

***บัตรประชาชน ทะเบียนบ้าน ฉบับเจ้าบ้าน

***สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารฉบับจริง สำหรับกรณีและผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการผ่านธนาคาร

หมายเหตุ: ในกรณีคนพิการที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทน แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและคนดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่

ขอรับแบบคำขอขึ้นทะเบียนคนพิการ และยื่นเอกสารประกอบ ได้ที่ งานพัฒนาชุมชน ฝ่ายอำนวยการ สำนักปลัดเทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์

คำชี้แจง

***ผู้สูงอายุ/คนพิการที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพอยู่แล้วในพื้นที่อื่น ภายหลังจากได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่ในพื้นที่ เทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ให้มาแจ้งขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพต่อที่เทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น แต่สิทธิในการรับเงินจะคงอยู่ที่เดิมจนสิ้นปีงบประมาณ เช่น

นาง ก. รับเงินเบี้ยยังชีพอยู่เทศบาลไก่อ่ ภายหลังจากได้แจ้งย้ายที่อยู่มาอยู่ที่เทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ในวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๕ นาง ก. ต้องมาขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุใหม่ ที่เทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ไม่เกินเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๕ แต่ นาง ก. จะยังรับเงินเบี้ยยังชีพที่เทศบาลไก่อ่ อยู่จนถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๕ และมีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่เทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์ ในเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ เป็นต้นไป***

ประกาศรายชื่อ ผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
ให้ผู้มายื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ มาตรฐานจสอบรายชื่อตามประกาศที่บอร์ด
ประชาสัมพันธ์ ณ สำนักงานเทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์
ภายในวันที่ ๕ ของเดือนถัดไป

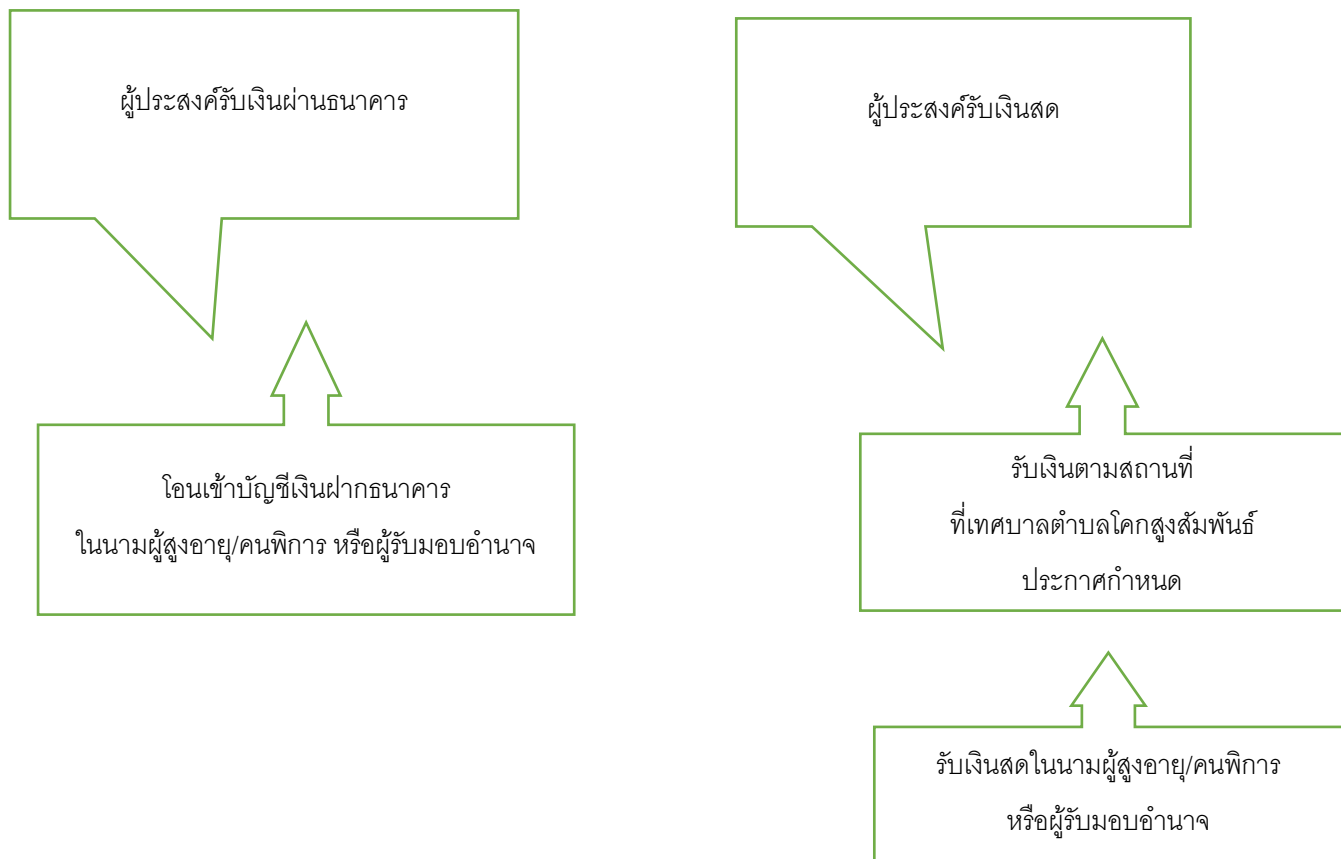
การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์ จะดำเนินการจ่ายเงินให้กับผู้สูงอายุที่มาขึ้นทะเบียนไว้แล้ว
ที่ประสงค์จะรับเป็นเงินสด โดยจะจ่ายตามปฏิทินที่กำหนดการจ่ายของแต่ละเดือน
ส่วนผู้สูงอายุที่ประสงค์รับเงินโดยโอนผ่านบัญชีธนาคารกรมบัญชีกลางจะเป็นผู้ดำเนินการโอนเงิน
เข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้มีสิทธิ/ผู้ได้รับมอบอำนาจ ทุกวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน ทั้งนี้ขอให้
ผู้สูงอายุที่รับเงินโดยโอนเข้าบัญชี ตรวจสอบการโอนเงินในวันที่ ๑๑ ของทุกเดือน หากท่านใด
ไม่ได้รับการโอนเงิน กรุณาติดต่อ เทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์ โทร ๐-๔๓๔๖-๓๑๐๑

กำหนดวันจ่ายเบี้ยยังชีพ ภายในวันที่ ๑ - ๑๐ ของทุกเดือน

(ตามความเหมาะสม)

ช่องทางการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพ



การได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับใน ปัจจุบัน (๒๕๖๖) การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ คิดในอัตราเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได แบบ “ขั้นบันได” หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วงๆ หรือเป็นขั้น ขึ้นไปเรื่อยๆ โดยเริ่ม ตั้งแต่อายุ ๖๐ ปี

ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือนสำหรับผู้สูงอายุ (แบบขั้นบันได)

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

การได้รับเงิน

- ผู้สูงอายุที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์แล้ว แต่ยังไม่เคยลงทะเบียนฯ ที่มาลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตั้งแต่ตุลาคม - พฤศจิกายน ๒๕๖๕ และเดือนมกราคม - กันยายน ๒๕๖๖ จะมีสิทธิได้รับเงินตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ เป็นต้นไป
- ผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ในปีงบประมาณถัดไป (ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖) ที่มาลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตั้งแต่ตุลาคม - พฤศจิกายน ๒๕๖๔ และเดือนมกราคม - กันยายน ๒๕๖๕ จะมีสิทธิได้รับเงินในเดือนถัดไปจากเดือนที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์
- การคำนวณอายุของผู้สูงอายุรายเดิม จะคำนวณตามปีงบประมาณ ไม่ใช่ปีปฏิทินไม่มีการเพิ่มเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในระหว่างปีงบประมาณ

วิธีคำนวณอายุของผู้สูงอายุ

*การนับอายุว่าจะอยู่ในขั้นที่เท่าไร ให้นับ ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ของทุกปี เท่านั้น เช่น

๑. นาง ก. เกิด ๓๐ กันยายน ๒๔๘๗ ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ นาง ก. จะอายุ ๗๗ ปี หมายความว่า นาง ก. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๗๐๐ บาท ในเดือนตุลาคม ๒๕๖๔ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๕)

๒. นาง ข. เกิด ๑ ตุลาคม ๒๔๘๔ ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ นาง ข. จะอายุ ๘๐ ปี หมายความว่า นาง ข. จะได้รับเงิน เบี้ยยังชีพเดือนละ ๘๐๐ บาท ในเดือนตุลาคม ๒๕๖๔ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๕)

๓. นาง ค. เกิดวันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๐๕ มาลงทะเบียนภายในเดือน กันยายน ๒๕๖๔ นาง ค. จะมีอายุ ๖๐ ปี ในวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๕ หมายความว่า นาง ค. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๖๐๐ บาท ในเดือน เมษายน ๒๕๖๕ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๕)

๔. นาง ง. เกิด ๑ เมษายน ๒๕๐๕ มาลงทะเบียนภายในเดือนกันยายน ๒๕๖๔ นาง ง. จะอายุ ๖๐ ปี ในวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕ หมายความว่า นาง ง. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๖๐๐ บาท ในเดือน เมษายน ๒๕๖๕ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๕)

การนับรอบปีงบประมาณ คือ ๑ ตุลาคม - ๓๐ กันยายน เช่น

ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔

ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕

การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ

๑. ตาย
๒. ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖
๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นหนังสือต่อเทศบาลตำบลโคกสูง สัมพันธ์

หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ

๑. ตรวจสอบรายชื่อตัวเอง
๒. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพหรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเป็นเงินสด ต้องมารับเงินให้ตรงตามวัน เวลา ที่กำหนด
๓. เมื่อย้ายภูมิลำเนาจาก เทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์ ไปอยู่ภูมิลำเนาอื่นต้องแจ้งข้อมูลเพื่อให้ เทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์ ได้รับทราบ
๔. ให้ผู้ที่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ต้องแสดงตน หรือรับรองการมีชีวิตอยู่ต่อ เทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์ ระหว่างวันที่ ๑ - ๓๐ กันยายน ของทุกปี หรือ ตามที่เทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์ กำหนด
๕. **กรณีตาย** ให้ผู้ดูแลหรือญาติของผู้สูงอายุ แจ้งการตาย ให้เทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์ ได้รับทราบ (พร้อมสำเนาใบมรณะบัตร) ภายใน ๗ วัน

ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ

๑. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสารรับรองสภาพความพิการ
๒. ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด
ขอนแก่น หรือติดต่องานพัฒนาชุมชน เทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์ ดำเนินการยื่นเอกสารให้
โดยเตรียมเอกสารดังต่อไปนี้
 - 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 ถ้าคนพิการมีผู้ดูแล ให้นำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน
ของผู้ดูแลคนพิการ อย่างละ ๑ ฉบับ

การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ สามารถต่อได้ที่สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดขอนแก่น หรือติดต่องานพัฒนาชุมชน เทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์ ดำเนินการยื่นเอกสารให้ โดยเตรียมเอกสารดังต่อไปนี้

๑. บัตรประจำตัวคนพิการฉบับเดิม
๒. รูปถ่ายปัจจุบัน ไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
๔. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการมีผู้ดูแลคนพิการใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ

การเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ การดำเนินการเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ ผู้ดูแลคนพิการคนเก่าและผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ ต้องไปติดต่อทำเรื่องเปลี่ยนแปลงที่สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดขอนแก่น พร้อมกันด้วยตนเอง โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๑. บัตรประจำตัวคนพิการฉบับเดิม
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
๓. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนเดิม ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
๔. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
๕. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
๖. หนังสือการเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
๗. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้รับรอง (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน หรือข้าราชการระดับ ๓ ขึ้นไป) จำนวน ๑ ฉบับ

ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อ
การยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

๑. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ แพทย์ต้องระบุ “เอดส์” / “ผู้ป่วยเอดส์” เท่านั้น
๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น
๓. เป็นผู้มิรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้
๔. การยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่งานพัฒนาชุมชน ฝ่ายอำนวยการ สำนักปลัดเทศบาลตำบลโคกสูงสัมพันธ์ โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่น ดังนี้
 - ๔.๑ ใบรับรองแพทย์ ซึ่งออกโดยสถานพยาบาลของรัฐ แพทย์ต้องระบุ “เอดส์” / “ผู้ป่วยเอดส์” เท่านั้น
 - ๔.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
 - ๔.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
๕. กรณีผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเอง ได้มอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้
๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด

ภาคผนวก

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ

ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนฯ พร้อมเอกสารหลักฐาน
๕ นาที/ราย



เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน/สัมภาษณ์/บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม
เอกสารประกอบการตรวจสอบ
-สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
-สำเนาทะเบียนบ้าน
-สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร
-ใบมอบอำนาจ (ถ้ามี)
-สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
๕ นาที/ราย



เสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ/
ลงพื้นที่ตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่



คุณสมบัติไม่ครบถ้วน/ขาดคุณสมบัติ



เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)
และจัดทำหนังสือแจ้งผู้มาขึ้นทะเบียน

คุณสมบัติครบถ้วน



เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)
และ
จัดทำประกาศรายชื่อเป็นรายเดือน

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
การรับขึ้นทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนฯ พร้อมเอกสารหลักฐาน
๕ นาที/ราย

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน/สัมภาษณ์/บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม
เอกสารประกอบการตรวจสอบ

- ใบรับรองแพทย์
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร
- ใบมอบอำนาจ (ถ้ามี)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับมอบอำนาจ

๕ นาที/ราย

เสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ/
ลงพื้นที่ตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่

คุณสมบัติไม่ครบถ้วน/ขาดคุณสมบัติ

เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)
และจัดทำหนังสือแจ้งผู้มาขึ้นทะเบียน

คุณสมบัติครบถ้วน

เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)
พิจารณาอนุมัติ/จัดทำประกาศรายชื่อ

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ลงทะเบียน

ชื่อ -สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ)เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

□-□□□□-□□□□□□-□□-□□ ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

เกิดวันที่.....เดือนพ.ศ.อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ใน

สำเนาทะเบียนบ้านเลขที่หมู่ที่.....ชุมชนที่.....ตรอก/ ซอยถนน.....ตำบล.....

เขารูปช้าง.....อำเภอ.....เมือง.....จังหวัดสงขลา.....รหัสไปรษณีย์๙๐๐๐๐.....โทรศัพท์

.....

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

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ได้รับเงินเบี้ยความพิการ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ทะเบียนบ้าน

สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

บัญชีเงินฝากธนาคารบัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

โดยเริ่มรับเงินตั้งแต่วันที่.....พ.ศ.เป็นต้นไป

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ บำเหน็จรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

"ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐทุกปีและอนุญาตตรวจสอบสถานะการดำรงชีวิตทุกเดือนกับสำนักทะเบียนราษฎร

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง □ หน้าข้อความที่ต้องการ

- ๒ -

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายกเทศมนตรีเมืองเขารูปช้าง คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) () กรรมการ (ลงชื่อ) () กรรมการ (ลงชื่อ) ()</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ..... (ลงชื่อ) นายกเทศมนตรีตำบลโคกสูงสัมพันธ์ วัน/เดือน/ปี</p>	

ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....

ชื่อ-สกุล.....ลำดับที่ลงทะเบียน...../๒๕๖๕...
ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน โดยโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....เลขที่บัญชี.....โดยได้รับตั้งแต่เดือน..... พ.ศ.
เป็นต้นไป

กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนา ไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ภายในเดือนพฤศจิกายนของปีที่ย้ายทะเบียนบ้านออกไป ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง หากท่านไม่ไปลงทะเบียนที่ใหม่ตามกำหนดเวลา จะถือว่าท่านไม่มีความประสงค์จะรับเงินจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ในปีงบประมาณถัดไป และเทศบาลเมืองเขารูปช้างจะจ่ายให้ถึง

เดือนกันยายนของปีที่ย้ายทะเบียนบ้านออกไป หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม กองสวัสดิการสังคม ๐๗๔-๓๐๒๕๕๕ ต่อ ๓๓๒ หรือ ๐๙๐๒๒๑๘๖๓๖

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัส ไปรษณีย์

ขอมอบอำนาจให้ ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัส ไปรษณีย์

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำ ไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หนังสือมอบอำนาจยื่นรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

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

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

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....เกี่ยวพันเป็น.....

ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....เลขที่.....ออกให้ ณ

เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจ.....รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ แทนข้าพเจ้า โดยข้าพเจ้ามอบอำนาจให้รับเงินเบี้ยยังชีพรายเดือนทุกเดือนตลอดปีงบประมาณ.....จนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ของผู้มอบอำนาจและรับมอบอำนาจ

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

ผู้ยื่นคำขอฯ แจ้งด้วยตนเอง

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ-สกุล.....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ ----

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

เขียนที่องค์การบริหารส่วนตำบลแหลมฟ้าผ่า

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

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

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ ----

ประเภทความพิการ ความพิการทางการมองเห็น ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมหรือออทิสติก

ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางสติปัญญา

ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางการเรียนรู้

พิการซ้ำซ้อน ไม่ระบุความพิการ

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

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

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

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี.....

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ(ในกรณียื่นคำขอฯแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว.....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลแหลมฟ้าผ่า คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มี ความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>ตำแหน่ง</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>ตำแหน่ง</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>ตำแหน่ง</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p>(ลงชื่อ)..... (.....) นายกเทศมนตรีตำบลลูกสูงสัมพันธ์ วัน.....เดือน.....ปี.....</p>	

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2562 โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยยัง
ชีพผู้พิการตั้งแต่เดือน ถึง..... ในอัตราเดือนละ 800 บาท ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน **กรณีคนพิการย้ายที่อยู่
ไปอยู่ที่อื่นในระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 จะต้องไปยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนนั้นๆเพื่อรักษาสิทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนนั้นๆ**

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด..... รหัส ไปรษณีย์

ขอมอบอำนาจให้ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัส ไปรษณีย์

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำ ไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หนังสือมอบอำนาจรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด..... รหัส ไปรษณีย์

ขอมอบอำนาจให้ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่..... ออกให้ ณ..... เมื่อวันที่.....
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัส ไปรษณีย์

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน เบี้ยยังชีพความพิการ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ แทนข้าพเจ้า จนกว่าจะมีการ
เปลี่ยนแปลง

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำ ไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

แบบฟอร์มการขึ้นทะเบียนการขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลเปลี่ยน

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

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

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

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

1. ที่พักอาศัย

() เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ซ้ำรูดทรุดโทรม () ซ้ำรูดทรุดโทรมบางส่วน () 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.....รวม.....คน 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 นายกองค้การบริหารส่วนตำบลเปลี่ยน

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มี

สิทธิได้รับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่.....นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

() เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลเปลี่ยน

ข้าพเจ้า.....ขอมอบอำนาจให้.....เลข
ประจำตัวประชาชน..... อยู่บ้านเลขที่..... ถนน..... ตรอก/ซอย..... หมู่ที่.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
โทรสาร..... เกี่ยวพันเป็น.....
เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทุก
ประการ

() แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

() แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

โดยให้จ่ายให้แก่.....

() เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

() แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)