

# คู่มือปฏิบัติงานสวัสดิการสังคม



การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ    การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ



การลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

เทศบาลตำบลสอยดาว

ตำบลปะตง อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี

## คำนำ

งานสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลสอยดาว มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์ คนไร้ที่พึ่ง และผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในเขตเทศบาลตำบลสอยดาวและส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับประชาชน ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็ว ถูกต้อง และอำนวยความสะดวกในการขอรับบริการในเรื่องต่าง ๆ เทศบาลตำบลสอยดาว จึงได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานของงานสวัสดิการสังคม ขึ้นตามกรอบการปฏิบัติราชการของเทศบาลตำบลสอยดาว

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์คนไร้ที่พึ่ง ผู้ด้อยโอกาสทางสังคม และภาคประชาชน มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการต่อไป

งานสวัสดิการสังคม

เทศบาลตำบลสอยดาว





## คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

- (1) มีสัญชาติไทย
- (2) มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านอยู่ในเขตเทศบาลตำบลสอยดาว
- (3) จะมีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้ยืนยันสิทธิขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- (4) เป็นผู้ไม่มีรายได้หรือมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุกำหนด

## หลักฐานประกอบขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

- (1) บัตรประจำตัวประชาชน หรือ บัตรอื่น ๆ ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ ที่มีรูปถ่าย
- (2) ทะเบียนบ้าน
- (3) สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ/ผู้ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

## การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

- อายุ 60-69 ปี ได้รับเงิน 600 บาทต่อเดือน
- อายุ 70-79 ปี ได้รับเงิน 700 บาทต่อเดือน
- อายุ 80-89 ปี ได้รับเงิน 800 บาทต่อเดือน
- อายุ 90 ปี ขึ้นไปได้รับเงิน 1,000 บาทต่อเดือน

## สถานที่ลงทะเบียน



เทศบาลตำบลสอยดาว / งานสวัสดิการสังคม



## การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

1. ตาย
2. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตเทศบาลตำบลสอยดาว
3. แจ้งสละสิทธิขอรับเบี้ยยังชีพ
4. ขาดคุณสมบัติ



## ข้อกำหนดด้านกฎหมาย

-ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2552

-ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วย หลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ( ฉบับที่ 2 ) พ.ศ. 2560

-ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วย หลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ( ฉบับที่ 3 ) พ.ศ. 2561

-ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วย หลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ( ฉบับที่ 4 ) พ.ศ. 2562

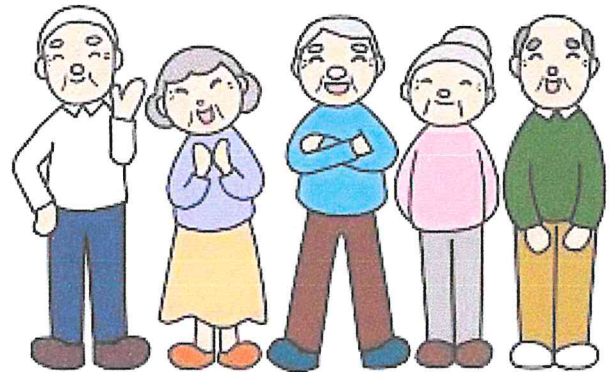
-ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วย หลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2566

-ระเบียบคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2552

-ระเบียบคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561

-พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546

-พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ( ฉบับที่ 2 ) พ.ศ. 2553



## คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ดังต่อไปนี้

- 1) มีสัญชาติไทย
- 2) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต เทศบาลตำบลสอยดาว
- 3) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- 4) ไม่เป็น บุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ



## หลักฐานประกอบขอรับเบี้ยยังชีพผู้พิการ

- (1) บัตรประจำตัวคนพิการ
- (2) บัตรประจำตัวประชาชน หรือ บัตรอื่น ๆ ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ ที่มีรูปถ่าย
- (3) ทะเบียนบ้าน
- (4) สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ/ผู้ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

## การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้พิการ

-คนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ จะได้รับเงิน 800 บาท/เดือน

## สถานที่ลงทะเบียน



เทศบาลตำบลสอยดาว / งานสวัสดิการสังคม

## การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ

1. ตาย
2. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตเทศบาลตำบลสอยดาว
3. แจ้งสละสิทธิขอรับเบี้ยยังชีพความพิการเป็นหนังสือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการ
4. ขาดคุณสมบัติ





## ข้อกำหนดด้านกฎหมาย

-ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วย หลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการของ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553

-ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วย หลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการของ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ( ฉบับที่ 2 ) พ.ศ. 2559

-ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วย หลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการของ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ( ฉบับที่ 3 ) พ.ศ. 2561

-ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วย หลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการของ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ( ฉบับที่ 4 ) พ.ศ. 2562

-ระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการเบี้ยความพิการ พ.ศ. 2552

-ระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการเบี้ยความพิการ ( ฉบับที่ 2 ) พ.ศ. 2553

-ระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการเบี้ยความพิการ ( ฉบับที่ 3 ) พ.ศ. 2560



## คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดย สถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
2. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้
3. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลสอยดาว



## หลักฐานประกอบขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

- (1) บัตรประจำตัวประชาชน หรือ บัตรอื่น ๆ ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ ที่มีรูปถ่าย
- (2) ทะเบียนบ้าน
- (3) สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ/ผู้ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

## การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

- จ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ เดือนละ 500 บาท/เดือน

## สถานที่ลงทะเบียน



เทศบาลตำบลสอยดาว / งานสวัสดิการสังคม

## ข้อกำหนดด้านกฎหมาย

- ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการ จ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2548



ภาคผนวก



## แบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแบบยืนยันสิทธิแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ยืนยันสิทธิ

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....เลขบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียน.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชุมชนที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

หมายเลขบัตรประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ.....

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

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

มีความประสงค์ ☐ ขอยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย

ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๖ )

☐ ไม่ขอรับสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ โดยวิธีการดังต่อไปนี้ (เลือก ๑วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตัวเอง☐ รับเงินโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

หมายเหตุ ในกรณีที่มิได้ใช้จ่ายในการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร ข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารหักค่าธรรมเนียมจากเงินเบี้ยยังชีพของข้าพเจ้าได้พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย สำเนาทะเบียนบ้าน☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุรับเงินฝากธนาคาร)☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอแทน)☐ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ณ วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และขอรับว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ☐ ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นและยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานทะเบียนกลางภาครัฐ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

(.....)

ผู้ยืนยันสิทธิ/ผู้รับมอบอำนาจยืนยันสิทธิ

เจ้าหน้าที่ผู้รับยืนยันสิทธิ

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>ความเห็นเจ้าหน้าที่</b></p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p style="text-align: center;">ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว</p> <p>.....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อยดี</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่เรียบร้อยดี</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่เรียบร้อยดี</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p style="text-align: center;">(.....)</p> <p style="text-align: center;">เจ้าหน้าที่</p> | <p><b>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</b></p> <p>เรียน นายกเทศมนตรีตำบลสอยดาว</p> <p style="text-align: center;">คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับยืนยันสิทธิ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับยืนยันสิทธิ.....</p> <p>.....</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p style="text-align: center;">(.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p style="text-align: center;">(.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p style="text-align: center;">(.....)</p> |
| <p><b>คำสั่ง</b></p> <p><input type="checkbox"/> รับยืนยันสิทธิ <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">(ลงชื่อ).....</p> <p style="text-align: center;">นายกเทศมนตรีตำบลสอยดาว</p> <p style="text-align: center;">วัน/เดือน/ปี.....</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

.....

ตัดตามรอยประให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้).....และเขียนชื่อผู้ขอรับลงทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

นาย/นาง/นางสาว.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชุมชน.....ต.....

อ.สอยดาว จ.จันทบุรี ยื่นแบบคำขอลงทะเบียน เลขรับที่...../๒๕..... เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

การยื่นแบบยืนยันสิทธิครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพ

ผู้สูงอายุตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๖ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๗ ภายในวันที่ ๑๐ ของเดือนๆละ.....บาท

กรณีผู้สูงอายุย้ายที่อยู่ไปอยู่ในระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ จะต้องไปยื่นแบบยืนยันสิทธิ กับ องค์การปกครองส่วน

ท้องถิ่นที่ย้ายไป ตั้งแต่วันที่ย้ายจนถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๗ เพื่อรักษาสถานะให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุใน

ปีงบประมาณ ๒๕๖๘(ซึ่งจะได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่ย้ายไป ตั้งแต่วันที่ ตุลาคม ๒๕๖๗ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๘) หรือยื่น

แบบยืนยันสิทธิกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ในเดือนที่ย้ายก็จะได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแห่งใหม่ ในเดือนถัดไป

**หมายเหตุ**

๑.หน่วยงานที่รับลงทะเบียน เทศบาลตำบลสอยดาว อ.สอยดาว จ.จันทบุรี โทร ๐๓๙๔๘๐๔๐๑-๓

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน (.....) ตำแหน่ง.....

๒. ท่านสามารถเข้าร่วมประชุมกับชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสอยดาว เป็นประจำทุกเดือน ตั้งแต่เวลา ๐๙.๐๐ น.เป็นต้น

ไป โดยประชุมทุกวันที่ ๑๕ ของเดือนกรณี วันที่ ๑๕ ของเดือนตรงกับวันเสาร์-อาทิตย์ จะเลื่อนเป็นวันศุกร์/วันจันทร์

สถานที่ ศาลาเอนกประสงค์เทศบาลตำบลสอยดาว

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำเดือน.....พ.ศ.....ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย/ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

ผู้ยื่นคำขอ ( ) แจ้งด้วยตนเอง

( ) ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับคนพิการที่ลงทะเบียน

ชื่อ - สกุล.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/น.ส.) ชื่อ.....นามสกุล.....

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

มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชุมชนที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการ.....

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการมองเห็น ☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หรือ ออทิสติก

☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหว ☐ ความพิการทางการเรียนรู้

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....

☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ย้ายภูมิลำเนาเข้าอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ ประจำเดือน.....พ.ศ.....

โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ โดยวิธีดังต่อไปนี้ ( เลือก ๑ วิธี )

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

หมายเหตุ ในกรณีที่มิได้ใช้จ่ายเงินในการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารหักค่าธรรมเนียมจากเงินเบี้ยยังชีพของ

ข้าพเจ้าได้พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ( ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการรับเงินฝากธนาคาร )

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ ( ในกรณียื่นคำขอแทน )

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของ

รัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ</p> <p>นาย/นาง/นางสาว/.....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน</p> <p>.....</p> <p><input type="radio"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน</p> <p><input type="radio"/> เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ</p> <p>ดังนี้</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> | <p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายกเทศมนตรีตำบลสอยดาว</p> <p>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบและมีความเห็น ดังนี้</p> <p><input type="radio"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน</p> <p><input type="radio"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> |
| <p>คำสั่ง</p> <p><input type="radio"/> รับลงทะเบียน    <input type="radio"/> ไม่รับลงทะเบียน    อื่นๆ.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>นายกเทศมนตรีตำบลสอยดาว</p> <p>วัน/เดือน/ปี.....</p>                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

( ตัดตามรอยประให้ผู้พิการยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้ ).....และเขียนชื่อผู้ขอรับลงทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้พิการ

นาย/นาง/นางสาว.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชุมชน..... ต.....อ.สอยดาว จ.จันทบุรี ยื่นแบบคำขอลงทะเบียน เลขรับที่...../..... เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการตั้งแต่วันที่.....พ.ศ..... เป็นต้นไป ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีผู้พิการซึ่งได้รับเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนึ่งได้ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น หรือกรุงเทพมหานคร ให้คนพิการนั้นลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่มีภูมิลำเนา และได้รับเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ในเดือนถัดไป

**หมายเหตุ** หน่วยงานที่รับลงทะเบียน เทศบาลตำบลสอยดาว อ.สอยดาว จ. จันทบุรี โทร ๐๓๙-๔๘๐๔๐๑-๔๐๓

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน (.....) ตำแหน่ง.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำเดือน.....พ.ศ.....

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

ผู้ยื่นคำขอฯ ( ) แจ้งด้วยตนเอง

( ) ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ-สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

เขียน.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชุมชนที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

หมายเลขบัตรประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอ.....

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

บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....บาท โทรศัพท์.....

เกี่ยวข้องเป็น ☐ บิดา - มารดา ☐ บุตร ☐ สามี - ภรรยา ☐ พี่น้อง อื่นๆ.....

☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพคนพิการ

มีความประสงค์ขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ....โดยวิธีดังต่อไปนี้ ( เลือก ๑ วิธี )

โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุป่วยเอดส์ ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....

☐ รับเงินสดด้วยตัวเอง

☐ รับเงินโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และขอความดังก้าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ  
(.....)

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

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

### ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

เรียน คณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....แล้ว

☐ เป็นผู้ที่มีสิทธิครบถ้วน

☐ เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

### ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลสอยดาว

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

ประธานกรรมการ (.....) กรรมการ (.....) กรรมการ (.....)

(.....)

(.....)

(.....)

คำสั่ง

☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

อื่น ๆ.....

(ลงชื่อ).....

นายกเทศมนตรีตำบลสอยดาว

วัน/เดือน/ปี.....

.....(ตัดตามรอยประให้ผู้ขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้).....

นาย/นาง/นางสาว.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชุมชน.....ต.....

อ.สอยดาว จ.จันทบุรี ยื่นแบบคำขอลงทะเบียน เลขรับที่...../..... เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ..... โดยจะได้รับเริ่มรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....เป็นต้นไป ในอัตราเดือนละ ๕๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนึ่งย้ายภูมิลำเนาไปอยู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นหรือ กรุงเทพมหานคร ให้ผู้ป่วยเอดส์นั้นต้องไปลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่แห่งใหม่ที่ตนมีภูมิลำเนา และ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ในเดือนถัดไป

หมายเหตุ หน่วยงานที่รับลงทะเบียน งานพัฒนาชุมชน เทศบาลตำบลสอยดาว อ.สอยดาว จ.จันทบุรี โทร ๐๓๙-๔๘๐๔๐๑-๔๐๓

