



คู่มือการปฏิบัติงาน

- การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ
- การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยผู้ป่วยเอดส์



เทศบาลตำบลทรายขาว

สำนักปลัดเทศบาลตำบลทรายขาว

ต.ปะตง อ.สอยดาว จ.จันทบุรี

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

1. บุคคลซึ่งมีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทยที่ได้ลงทะเบียน และยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
3. ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำหรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่น ที่รัฐหรือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ

เอกสารสำหรับยื่นขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

กรณียื่นด้วยตนเอง

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดย หน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา
2. สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา
3. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา จำนวน 1 ชุด
4. กรณีที่ผู้มีคุณสมบัติจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุมีความจำเป็นที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ สามารถมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนก็ได้

กรณียื่นแทน

ให้เพิ่มเอกสารของผู้ยื่นแทนด้วย ดังนี้

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้มอบ และรับมอบ พร้อมรับรองสำเนา จำนวน 1 ชุด
2. สำเนาทะเบียนบ้านผู้มอบและรับมอบ พร้อมรับรอง สำเนา จำนวน 1 ชุด
3. ใบมอบอำนาจ จำนวน 1 ชุด



การได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ คิดในอัตราเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได ขั้นบันได หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วงๆหรือเป็นขั้น ขึ้นไปเรื่อย ๆ โดยเริ่ม ตั้งแต่ อายุ 60 ปี ดังนี้

เบี้ยยังชีพที่ผู้สูงอายุจะได้รับ

ปัจจุบัน การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จะเป็นแบบขั้นบันไดตามช่วงอายุ โดยผู้สูงอายุจะได้รับเงินช่วยเหลือเป็นรายเดือนต่อเนื่องไปจนกว่าจะเสียชีวิต ซึ่งแบ่งได้ตามนี้

- ช่วงอายุ 60-69 ปี ได้รับเงิน 600 บาทต่อเดือน
- ช่วงอายุ 70-79 ปี ได้รับเงิน 700 บาทต่อเดือน
- ช่วงอายุ 80-89 ปี ได้รับเงิน 800 บาทต่อเดือน
- ช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไป ได้รับเงิน 1,000 บาท ต่อเดือน

การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

- ตาย
- ขาดคุณสมบัติ
- แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นหนังสือต่อเทศบาลตำบลทรายขาว

การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

กรมบัญชีกลางจะเป็นผู้ดำเนินการโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้มีสิทธิ/ผู้ได้รับมอบอำนาจ ทุกวันที่ 10 ของเดือน หากวันที่ 10 ตรงกับวันหยุดราชการก็จะจ่ายก่อน ทั้งนี้ขอให้ผู้สูงอายุที่รับเงินโอนเข้าบัญชี ตรวจสอบการโอนเงินในวันที่ 11 ของทุกเดือน หากท่านไม่ได้รับการโอนเงิน กรุณาติดต่อ สำนักปลัดเทศบาล งานสวัสดิการสังคมเทศบาลตำบลทรายขาว



เบี้ยยังชีพคนพิการ

คุณสมบัติ

1. มีสัญชาติไทย
2. มีบัตรประจำตัวคนพิการ
3. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
4. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

เอกสารหลักฐาน

1. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
2. สำเนาทะเบียนบ้าน (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
3. หนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดูแลคนพิการ
4. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (กรณีรับเงินผ่านบัญชีธนาคาร)

หมายเหตุ

1. ครม. มีมติเมื่อวันอังคารที่ 25 พฤศจิกายน 2557 อนุมัติเพิ่มอัตราเบี้ยความพิการให้แก่คนพิการ จากเดิมรายละ 500 บาท เป็นรายละ 800 บาทต่อเดือน ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 (เริ่ม 1 ตุลาคม 2557 เป็นต้นไป)
2. ล่าสุด ครม. มีมติเมื่อวันอังคารที่ 28 มกราคม 2563 ได้อนุมัติการจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้แก่คนพิการ เพิ่มขึ้นจากเดิม 800 บาท เป็น 1,000 บาทต่อเดือนต่อคน โดยมีเงื่อนไขดังนี้
 - 2.1. คนพิการที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี และมีบัตรประจำตัวคนพิการ จะได้รับเงิน 1,000 บาท
 - 2.2. คนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ และบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ จะได้รับเงิน 800 บาท และอีก 200 บาทจะโอนเข้ากระเป๋า e-money ในบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ
 - 2.3. คนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ แต่ไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐจะได้รับเงิน 800 บาทตามเดิม

วิธีการรับเงินเบี้ยความพิการ

- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามของคนพิการ
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามของผู้ดูแลคนพิการ/ผู้รับมอบอำนาจ



หมายเหตุ

- จ่ายทุกวันที่ 10 ของเดือนหากเดือนใดวันที่ 10 ตรงกับวันหยุดราชการจะจ่ายในวันทำการก่อนวันหยุดนั้น
- การโอนเงินเข้าบัญชีให้กับผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจประสานผ่านกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นเพื่อให้กรมบัญชีกลางเป็นผู้ดำเนินการแทนก็ได้ (อ้างอิงจาก ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2561 ข้อ 3)

สถานที่ลงทะเบียน

- งานสวัสดิการสังคมเทศบาลตำบลทรายขาว

การสิ้นสุดการได้รับเงินเบี้ยความพิการ

- ตาย (กรณีผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการเสียชีวิตลง หากเป็นการเสียชีวิตตั้งแต่วันที่ 1 จนถึงวันกำหนดการจ่ายเงินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินการจ่ายเงินให้แก่ผู้ที่ผู้มีสิทธิรับเงินได้แสดงเจตจำนงเป็นลายลักษณ์อักษรให้รับเงินแทน ทั้งในขณะมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว)
- ขาดคุณสมบัติ
- แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยความพิการเป็นหนังสือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการ



INNOVATION AND UNIVERSAL DESIGN FOR INCLUSIVE SOCIETY

เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

คุณสมบัติผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

- ต้องเป็นผู้ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่ปรากฏอาการ และมีสภาพความเป็นอยู่ที่ยากจน
- ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้อุปการะดูแล ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้
- มีทะเบียนบ้านอยู่ในเขต อปท. จริง -ต้องอาศัยอยู่ในเขต อปท. จริง
- ได้รับความเห็นชอบจากคณะผู้บริหาร อปท..
- มีฐานะยากจน โดยรายได้เฉลี่ยต่อคน ต่ำกว่า ๒๐,๐๐๐ บาท ต่อปี

เอกสารหลักฐาน

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- ใบรับรองแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ปรากฏอาการ



ภาคผนวก

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย/ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

ผู้ยื่นคำขอ () แจ้งด้วยตนเอง

() ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสืออำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ลงทะเบียน

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

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.....

หมายเลขบัตรประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ.....

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

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทรศัพท์.....

☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ

ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ โดยวิธีการดังต่อไปนี้ (เลือก ๑วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตัวเอง

☐ รับเงินโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

หมายเหตุ ในกรณีที่มีค่าใช้จ่ายในการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร ข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารหักค่าธรรมเนียมจากเงินเบี้ยยังชีพของข้าพเจ้าได้พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุรับเงินฝากธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำเหน็จบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ.....(ติดตามเส้นตามรอยประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....)

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีเดือน พ.ศ. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย / ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

ผู้ยื่นคำขอ () แจ้งด้วยตนเอง

() ผู้ยื่นคำขอ ฯ 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.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่อื่นคำขอ

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการมองเห็น ☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หรือ ออทิสติก

☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทรศัพท์.....

☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้พิการ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ ประจำปีเดือน.....พ.ศ.

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

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง

☐ รับเงินโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

หมายเหตุในกรณีที่มีค่าใช้จ่ายในการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารหักค่าธรรมเนียมจากเงินเบี้ยยังชีพของข้าพเจ้าได้ พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการรับเงินฝากธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมายใน / ในช่อง หรือหน้าข้อความที่ต้องการ

.....(ติดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่อื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้).....

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ☐ เป็นผู้ที่มีความประพฤติไม่เรียบร้อย ดังนี้ (ลงชื่อ) (.....)	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีตำบลทรายขาว คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบและ มีความเห็น ดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)
คำสั่ง ☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่นๆ..... (ลงชื่อ) นายกเทศมนตรีตำบลทรายขาว วัน/เดือน/ปี.....	

(คัดตามรอยประให้คนพิการที่ขึ้นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้).....และเขียนชื่อผู้ขอรับเบี้ยยังชีพความพิการ

นาย/นาง/นางสาว.....บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ชุมชนที่.....

ตำบล..... อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียน เลขรับที่...../..... เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564 โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือน..... พ.ศ. เป็นต้นไป ในอัตราเดือนละ 800 บาท ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน กรณีคนพิการซึ่งได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนึ่งย้ายภูมิลำเนาไปอยู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น หรือกรุงเทพมหานคร ให้คนพิการนั้นลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนมีภูมิลำเนา และได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ในเดือนถัดไป

หมายเหตุ หน่วยงานที่รับลงทะเบียน เทศบาลตำบลทรายขาว อ.สอยดาว จ.จันทบุรี โทร 039-480401-403

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

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำเดือน.....พ.ศ.

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

ผู้ยื่นคำขอฯ [] แจ้งด้วยตนเอง

[] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

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

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชุมชนที่.....ต.รอก/ชอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ

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

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

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

☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพคนพิการ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่เดือน พ.ศ.

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง

☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง

☐ หนังสือมอบอำนาจหรือมอบอำนาจบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ดูแลสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

(.....)

(.....)

หมายเหตุ ให้ชี้แจงข้อความที่ไม่ต้องออก และทำเครื่องหมายใน / ในช่อง หรือหน้าข้อความที่ต้องการ

.....ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้ที่มายื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้).....

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

เรียน คณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน แล้ว

☐ เป็นผู้มิมีสิทธิครบถ้วน

☐ เป็นผู้ที่มีขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลทรายขาว

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

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

คำสั่ง

☐ รับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน

อื่นๆ.....

(ลงชื่อ)

นายกเทศมนตรีตำบลทรายขาว

..... / /

(ตัดคำมรณบัตรให้คนพิการที่อื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้).....และเขียนชื่อผู้ขอรับเบี้ยยังชีพผู้พิการ

นาย/นาง/นางสาว.....บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อ.สอยดาว จ.จันทบุรี

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียน เลขรับที่...../..... เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... การลงทะเบียนครั้งนี้

เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ตั้งแต่เดือน.....

พ.ศ..... เป็นต้นไป ในอัตราเดือนละ 500 บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีผู้พิการ ซึ่งได้รับเงินเบี้ยผู้พิการจาก

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนึ่งย้ายภูมิลำเนาไปอยู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น หรือกรุงเทพมหานคร ให้ผู้พิการนั้นต้องไป

ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ต่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนมีภูมิลำเนา และ ได้รับเงินเบี้ยความ

พิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ในเดือนถัดไป

หมายเหตุ หน่วยงานที่รับลงทะเบียน งานพัฒนาชุมชน เทศบาลตำบลทรายขาว อ.สอยดาว จ.จันทบุรี โทร 039-480401-403

