คู่มือการปฏิบัติงานเบี้ยยังชีพ

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

> การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

> การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

สัญลักษณ์ผู้สูงอายุ

สัญลักษณ์คนพิการ

สัญลักษณ์วันเอดส์โลก

งานสวัสดิการสังคมและพัฒนาชุมชน

องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี

โทร ๐๔๒-๐๗๐๕๐๒

คำนำ

องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี งานสวัสดิการสังคม มีภารกิจหลักในการปฏิบัติงานเบี้ยยังชีพให้กับผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วย หลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๒ และที่ แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์ การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๔) พ.ศ.๒๕๖๒ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อ การยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘

เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้อง มีแนวทางในการ ปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวกรวดเร็วและถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่อง ดังกล่าว องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี จึงได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยเอดส์ ขึ้น

องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือเล่มนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับและเป็นแนวทางใน การปฏิบัติงาน ตลอดจนเป็นเกณฑ์การลดดุลพินิจของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน เพื่อ ประโยชน์สูงสุดในการบริการประชาชนต่อไป

งานสวัสดิการสังคมและพัฒนาชุมชน
องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี
อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย

เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

๑) มีสัญชาติไทย

๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี (ตามทะเบียนบ้าน)

๓) เป็นผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ปัจจุบันอายุ ๕๙ ปี บริบูรณ์ นับจนถึงวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๕ เกิดก่อนวันที่ ๒ กันยายน ๒๕๐๕)

๔) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่

(ก) ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน

(ข) ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(ค) ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ

* บุคคลตาม (ก) (ข) หรือ (ค) ไม่รวมถึงผู้พิการหรือผู้ป่วยเอดส์ ตามระเบียบ กระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘ หรือผู้ที่ได้รับสวัสดิการอื่นตามมติคณะรัฐมนตรี

หมายเหตุ : กรณีผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ย้ายภูมิลำเนาไปยังองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นอื่น ผู้สูงอายุจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่นับแต่วันที่ย้าย แต่ไม่เกินเดือนพฤศจิกายนของปีนั้น โดยจะได้รับเงินจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมจนสิ้นปีงบประมาณ (กันยายน ๒๕๖๔) และรับเงินที่องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นแห่งใหม่ในปีงบประมาณถัดไป (ตุลาคม ๒๕๖๔)

<u>ขั้นตอนการยื่นคำขอเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ</u>

ภายในเดือนตุลาคม ๒๕๖๓ ถึงเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๓ และเดือนมกราคม ๒๕๖๔ ถึง เดือนกันยายน ๒๕๖๔ ให้ผู้สูงอายุรายใหม่ที่ยังไม่เคยลงทะเบียนมาก่อน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์แล้ว และผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (นับอายุ จนถึงวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๕ มาลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุด้วยตนเองได้ อาจ มอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนได้ โดยยื่น ลงทะเบียน ณ งานสวัสดิการสังคมและพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีในวันและเวลาราชการ

<u>เอกสาร-หลักฐาน</u>

<u>ประกอบแบบคำขอลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอาย</u>

๑. บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา

๒. ทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้าน พร้อมสำเนา

๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารใดก็ได้ พร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขที่บัญชี)

<u>หมายเหตุ</u> : ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ อาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่น คำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อที่ องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี พร้อมสำเนาบัตร ประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้รับมอบอำนาจ

<u>การได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ</u>

⊙ จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับในปัจจุบัน(ปี ๒๕๖๔)

⊙ การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คิดในอัตราเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได

<u>แบบขั้นบันได</u> หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วง ๆ หรือเป็นขั้นขึ้นไปเรื่อย ๆ โดยเริ่มตั้งแต่อายุ ๖๐ ปี

ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุรายเดือน

(แบบขั้นบันได)

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

การได้รับเงิน

- ผู้สูงอายุที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์แล้ว แต่ยังไม่เคยลงทะเบียนฯ แล้วมาลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตั้งแต่ตุลาคม ถึง พฤศจิกายน ๒๕๖๓ และเดือนมกราคม ถึงกันยายน ๒๕๖๔ จะมีสิทธิ ได้รับเงินตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ เป็นต้นไป

- ผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ในปีงบประมาณถัดไป (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕) ที่มาลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตั้งแต่ตุลาคม ถึง พฤศจิกายน ๒๕๖๓ และเดือนมกราคม ถึง กันยายน ๒๕๖๔ จะมีสิทธิได้รับเงินในเดือนถัดไปจากเดือนที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์

- การคำนวณอายุของผู้สูงอายุรายเดิม จะคำนวณตามปีงบประมาณไม่ใช่ปีปฏิทิน ไม่มีการเพิ่ม เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในระหว่างปีงบประมาณ

o-o-o-o-o

วิธีคำนวณอายุของผู้สูงอายุ

การนับอายุว่าจะอยู่ในขั้นที่เท่าไหร่ ให้นับ ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ของทุกปีเท่านั้น เช่น

๑) นาง ก.เกิด ๓๐ กันยายน ๒๔๘๘ ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ นาง ก.จะอายุ ๗๕ปี หมายความว่า นาง ก. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๗๐๐ บาท ในเดือนตุลาคม ๒๕๖๓ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๔)

๒) นาง ข. เกิด ๑ ตุลาคม ๒๔๘๓ ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ นาง ข.จะอายุ ๘๐ ปี หมายความว่า นาง ข. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๘๐๐ บาท ในเดือนตุลาคม ๒๕๖๓ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๔)

๓) นาง ค. เกิด ๑๐ มีนาคม ๒๕๐๕ มาลงทะเบียนภายในเดือนกันยายน ๒๕๖๔ นาง ค. จะอายุครบ ๖๐ ปี ในวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๕ หมายความว่า นาง ค. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๖๐๐ บาท ในเดือนเมษายน ๒๕๖๕ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๕)

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

การนับรอบปีงบประมาณ คือ ๑ ตุลาคม ถึง ๓๐ กันยายน เช่น

ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔

ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จะเริมตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕

การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอาย

๑. ตาย

๒. ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖

๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เป็นหนังสือต่อองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี

หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง

๒. เมื่อย้ายภูมิลำเนาไปอยู่แห่งอื่น ต้องแจ้งให้องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีได้รับทราบภายในเดือนพฤศจิกายน ของปีนั้น

การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

กรมบัญชีกลางจะเป็นผู้ดำเนินการโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้มีสิทธิ/ผู้ได้รับ มอบอำนาจทุกวันที่ ๑๐ ของเดือน ทั้งนี้ขอให้ผู้สูงอายุที่รับเงินโดยโอนเข้าบัญชี ตรวจสอบการโอนเงิน ในวันที่ ๑๑ ของทุกเดือน หากท่านใดไม่ได้รับการโอน กรุณาติดต่อ องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีงานสวัสดิการสังคมและพัฒนาชุมชน ในส่วนที่ผู้สูงอายุแจ้งความประสงค์รับเป็นเงินสดจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพในวันที่ 10 ของทุกเดือน ถ้าเดือนใด วันที่ ๑๐ ตรงกับวันเสาร์ อาทิตย์ ก็จะเลื่อนการจ่ายเงินในวันราชการก่อนวันที่ ๑๐ ของเดือน นั้น

เบี้ยยังชีพผู้พิการ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

ตรวจสอบคุณสมบัติของตัวเอง ดังนี้

๑) มีสัญชาติไทย

๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี

๓) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมาย ว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ

๔) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์

กรณีที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนึ่ง และได้ย้ายไปอยู่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นหรือกรุงเทพมหานคร เมื่อคนพิการนั้น ไดไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงิน เบี้ยความพิการต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ได้ย้ายภูมิลำเนาไป และให้องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นแห่งใหม่จ่ายเบี้ยความพิการไดในเดือนถัดไป แต่ทั้งนี้ จะดำเนินการจ่ายเงินเบี้ยความพิการได้ จะต้องได้รับการยืนยันจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมที่จ่ายเงินเบี้ยความพิการ ว่าได้ประกาศถอน ถอนรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไปแล้ว เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน

<u>ตัวอย่างบัตรและสมุดประจำตัวคนพิการ</u>

แบบเก่า

ด้านหน้

ด้านหลัง

แบบใหม่

<u>ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ</u>

ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม “แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ”

๑. บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการฉบับจริง พร้อมสำเนา

๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

๓. สำเนาทะเบียนบ้าน

๔. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร

ให้คนพิการที่ได้จดทะเบียนคนพิการ ตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการมา ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเอง ณ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี ซึ่งจะได้รับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป

<u>หมายเหตุ</u> กรณีที่คนพิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์ อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทน แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการไปแสดงต่อ เจ้าหน้าที่ด้วย

<u>การจ่ายเงินเบี้ยความพิการ</u>

กรมบัญชีกลางจะเป็นผู้ดำเนินการโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้มีสิทธิ /ผู้ได้รับมอบอำนาจทุกวันที่ ๑๐ ของเดือน ทั้งนี้ ขอให้ผู้พิการที่รับเงินโดยโอนเข้าบัญชี ตรวจสอบการ โอนเงินในวันที่ ๑๑ ของทุกเดือน หากท่านใดไม่ได้รับการโอน กรุณาติดต่อ องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี งานสวัสดิการสังคมและพัฒนาชุมชน ในส่วนที่คนพิการแจ้งความประสงค์รับเป็นเงินสดจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพในวันที่ 10 ของทุกเดือน ถ้าเดือนใด วันที่ ๑๐ ตรงกับวันเสาร์ อาทิตย์ ก็จะเลื่อนการจ่ายเงินในวันราชการก่อนวันที่ ๑๐ ของเดือน นั้น

<u>การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยความพิการ</u>

๑. ตาย

๒. ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖

๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยความพิการเป็นหนังสือต่อองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี

<u>หน้าที่ของผู้รับเบี้ยความพิการ</u>

๑. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง

๒. ตรวจสอบวันหมดอายุของบัตรประจำตัวคนพิการ เนื่องจาก ถ้าบัตรประจำตัวคนพิการหมดอายุ จะถูกระงับการจ่ายเงิน

๓. เมื่อย้ายภูมิลำเนาไปอยู่แห่งอื่น ต้องแจ้งให้องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรีได้รับทราบทันที เพื่อจะได้ไม่เสียสิทธิ

<u>ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ</u>

๑. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยออกไปรับรองความพิการ

๒. ดำเนินการทำบัตรประจำตัวความพิการ ได้ที่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์จังหวัดเลย (ศาลากลางจังหวัดเลยชั้น ๑)หรือ ณ องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี (กองสวัสดิการสังคม)

<u>หลักฐานที่ใช้ มีดังนี้</u>

๒.๑ ใบรับรองความพิการที่รับรองโดยแพทย์เฉพาะทาง (ออกจากทางโรงพยาบาล)

๒.๒ รูปถ่ายคนพิการหน้าตรง ขนาด ๑ นิ้วจำนวน ๒ รูป

๒.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๕ ถ้าคนพิการจะให้มีผู้ดูแล ใช้นำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ดูแล อย่างละ ๑ ฉบับ

๓. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อทำขอบัตรประจำตัวคนพิการให้ นำหลักฐาน ตามข้อ ๒.๔ และ ๒.๕ มาด้วย

<u>การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ</u>

การดำเนินการต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ สามารถต่อได้ที่ สำนักงานพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเลย (ศาลากลางจังหวัดเลย หลังเก่า) หรือ ณ องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี (กองสวัสดิการสังคม)

<u>หลักฐานที่ใช้ มีดังนี้</u>

๑. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม

๒. รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป

๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

๔. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

๕. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อ ให้นำหลักฐาน ตามข้อ ๓ และ ๔ มาด้วย

<u>การเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ</u>

การดำเนินการเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ สามารถติดต่อได้ที่ สำนักงานพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเลย (ศาลากลางจังหวัดเลย หลังเก่า)

<u>หลักฐานที่ใช้ มีดังนี้</u>

๑. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม

๒. รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป

๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านคนพิการ

๔. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้ดูแลเดิม

๕. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้ดูแลใหม่

(หลักฐานข้อ ๓-๕ อย่างละ ๑ ฉบับ)

๖. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ

๗. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้รับรอง จำนวน ๑ ฉบับ

(กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี หรือข้าราชการ ระดับ ๓ ขึ้นไป

เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

คุณสมบัติผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี

๒. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้งหรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถ ประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

ขั้นตอนการยื่นคำขอเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ จะต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออก ให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

๒. การยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี ในกรณีที่ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอด้วยตนเองได้ อาจจะมอบอำนาจให้ผู้ อุปการะมาดำเนินการแทนได้ โดยใช้หลักฐานดังนี้

๒.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

๒.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง พร้อมสำเนา

๒.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง พร้อมสำเนา

๒.๔ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารใดก็ได้ พร้อมสำเนา

ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. กรณีผู้ป่วยเอดส์เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการหรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถยื่นคำ ร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพได้ทุกกรณี

๒. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อยู่แล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อใน ทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่น คำร้องขอรับ เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ แห่งใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ย ยังชีพผู้ป่วยเอดส์จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่) ซึ่งถ้าไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพ ฯ จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนาเท่านั้น

ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่า ป่วยเป็นโรคเอดส์ /AIDS เท่านั้น

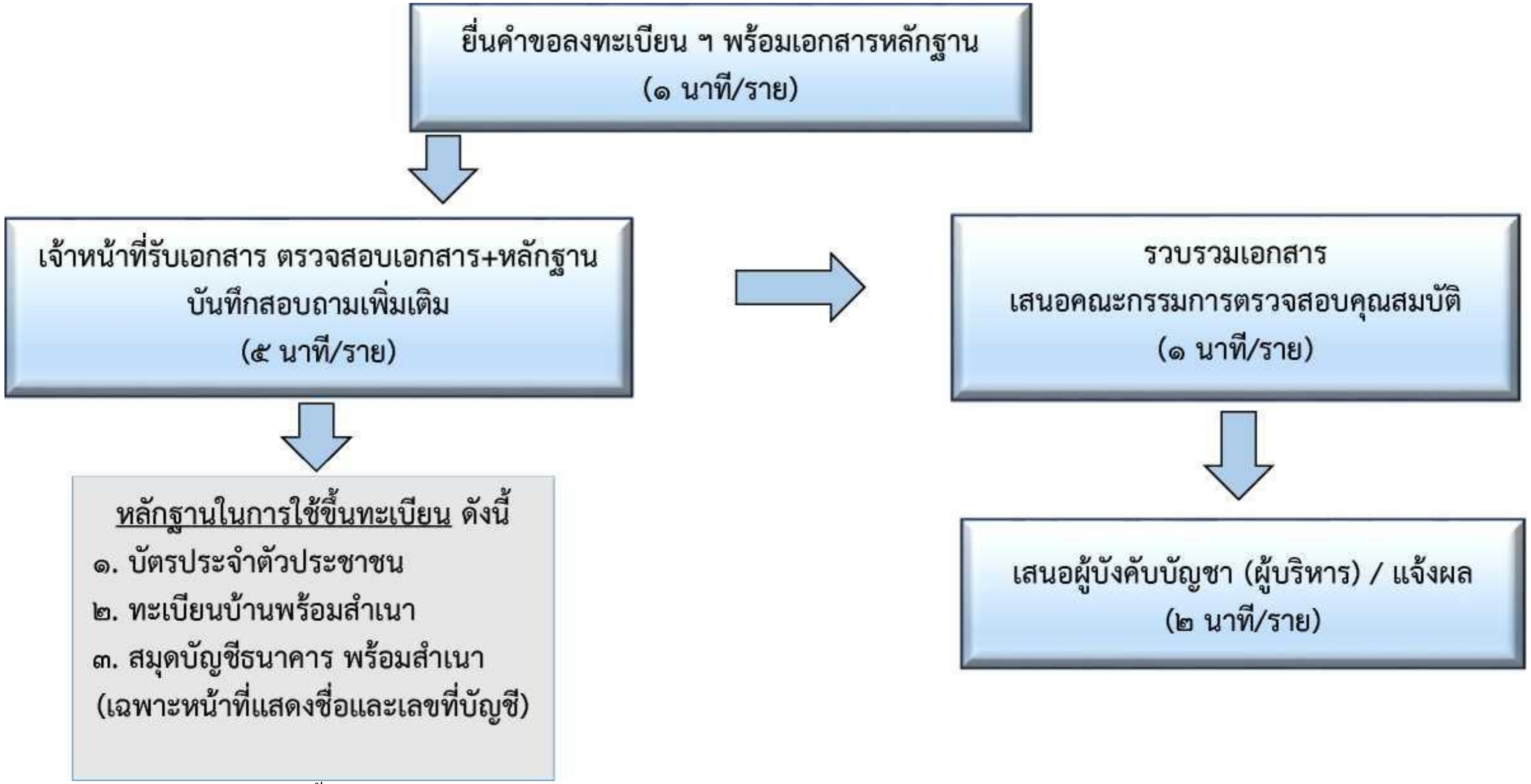
หากระบุว่าเป็น HIV หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง

จะไม่เข้าหลักเกณฑ์การลับเงินสงเคราะห์

ภาคผนวก

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

(การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ)

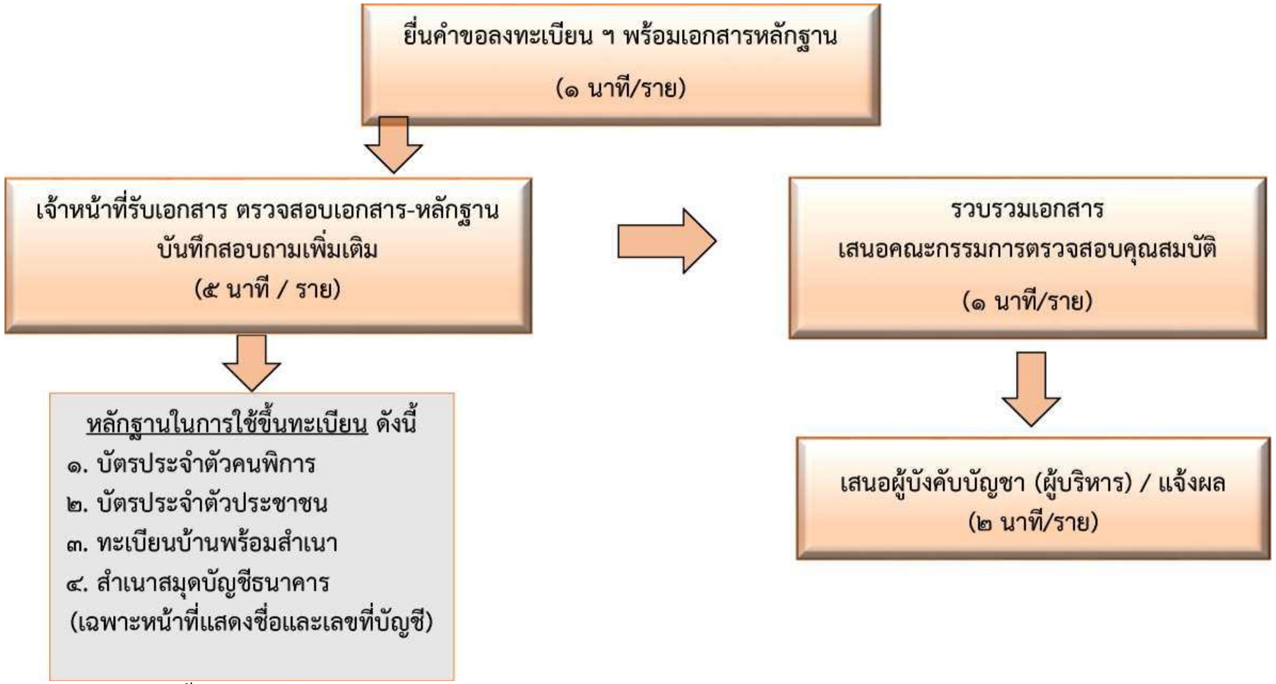


ขั้นตอนการรับลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เดิม 10 นาที / ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด 8 นาที / ราย

หมายเหตุ : รับขึ้นทะเบียนทุกเดือน หรือตามระเบียบกำหนด

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

(การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ)



ขั้นตอนการรับลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ เดิม 10 นาที / ราย เวลาปฏิบัติงานทีปรับลด 8 นาที / ราย

<u>หมายเหตุ</u> : รับขึ้นทะเบียนทุกเดือน หรือตามระเบียบกำหนด

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

(การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์)

ยื่นคำขอลงทะเบียน ฯ พร้อมเอกสารหลักฐาน

เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร-หลักฐาน
บันทึกสอบถามเพิ่มเติม
(๕ นาที / ราย)

เจ้าหน้าที่ออกไปตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ว่า
เป็นผู้มีคุณสมบัติสมควรจะได้รับการสงเคราะห์หรือไม่
(๑ วัน / ราย)

(๑ นาที / ราย)

หลักฐานในการใช้ขึ้นทะเบียน ดังนี้

๑. ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐที่รับรองว่าเป็นเอดส์
๒. บัตรประจำตัวประชาชน
๓. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา
๔. สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขที่บัญชี)
๕. ใบมอบอำนาจ (ถ้ามี)

เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร) อนุมัติให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ / แจ้งผล
(๒๕ นาที/ราย)

ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์เดิม3วัน/รายเวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด 1วัน/ราย

หมายเหตุ : รับขึ้นทะเบียนทุกเดือน หรือตามระเบียบกำหนด

สารพันคำถาม

ถาม ผู้สูงอายุที่อยู่ในคุก สามารถขึ้นทะเบียนได้หรือไม่

?

ตอบ ขึ้นทะเบียนได้ เพราะถือว่าเป็นผู้มีสิทธิตามระเบียบ โดยมอบอำนาจให้ ผู้บัญชาการเรือนจำ ผู้อำนวยการทัณฑสถาน หรือเจ้าหน้าที่ผู้บัญชาการ เรือนจำมอบหมายรับลงทะเบียนและนำมายื่นต่อองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นตามภูมิลำเนาของผู้มีสิทธิ โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือ วันที่ลงทะเบียนในแบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็น สำคัญ

═

ถาม บุคคลที่เป็นโรคเรื้อนและได้รับเงินจากกรมควบคุมโรค สามารถลงทะเบียนผู้สูงอายุได้หรือไม่

ตอบ ลงทะเบียนได้

═

ถาม ถ้าผู้สูงอายุรับเงินเบี้ยความพิการและผู้ป่วยเอดส์ อยู่แล้ว จะสามารถลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้หรือไม่

ตอบ ได้

═

ถาม พระภิกษุสงฆ์สามารถลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้หรือไม่

ตอบ ได้ ยกเว้น พระภิกษุสงฆ์ที่ได้รับเงินเดือน (เงินนิตยภัต) เช่น เจ้าอาวาส เจ้าคณะตำบล เป็นต้น

ถาม ข้าราชการที่รับเงินบำเหน็จ สามารถลงทะเบียนผู้สูงอายุได้หรือไม่

ตอบ ได้

═

ถาม ผู้ที่ดำรงตำแหน่งทางการเมือง เช่น นายก อบต. รองนายก อบต. สมาชิกสภา กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สามารถลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ หรือไม่

ตอบ ไม่สามารถลงทะเบียนได้ เนื่องจาก มีเงินเดือนประจำ แต่เมื่อพ้นจากตำแหน่งแล้ว สามารถมาลงทะเบียนได้

----------------------***------------------------

มีข้อสงสัยนอกเหนือจากคู่มือฯ ติดต่อสอบถามได้ที่

กองสวัสดิการสังคม

องค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี

โทร. 042 070502

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น...กับผู้สูงอายุที่ขอลงทะเบียน ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ) .... เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ □ ■□□□□■□□□□□■□□■□ที่อยู่ ....โทรศัพท์...

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่...

วันที่ ....เดือน ....พ.ศ..................

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

เกิดวันที่.........เดือน ....พ.ศ .... อายุ ....ปี สัญชาติ............มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่ .... หมู่ที่..........ตรอก/ซอย....................... ถนน .... ตำบล ....

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

รายได้ต่อเดือน...บาท อาชีพ ....

ข้อมูลทั่วไป ะ สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

□ ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ □ ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

□ ได้รับเงินเบี้ยความพิการ □ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ ....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

□ รับเงินสดด้วยตัวเอง □ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

□ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ □ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

□ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐบาลที่มีรูปถ่าย □ สำเนาทะเบียนบ้าน

□ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

□ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

□ สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคาร ....บัญชีเลขที่..

ชื่อบัญชี ....

□ "ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญ พิเศษ บำเหน็จรายเดือนหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ"

□ "ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ"

(ลงชื่อ)	(ลงชื่อ)..
(..)	(....)
ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ	เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย V ในช่อง | | หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□ แล้ว □ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบล้วน □ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) .... (....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีตำบลเทพราช คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ □สมควรรับลงทะเบียน □ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)... (....) กรรมการ (ลงชื่อ)... (....) กรรมการ (ลงชื่อ).. (....)
คำสั่ง □ รับลงทะเบียน □ ไม่รับลงทะเบียน □อื่นๆ.. (ลงชื่อ) .... (...) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี วัน/เดือน/ปี....................................	

ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บเพื่อเป็นหลักฐานการลงทะเบียน

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มี คุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน โดยได้รับ ตั้งแต่เดือน พ.ศ เป็นต้นไป

กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียน ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่นับแต่ วันที่ย้าย แต่ไม่กินเดือนพฤศจิกายนของปีนั้น ทั้งนี้ ผู้สูงอายุจะได้เบี้ยผู้สูงอายุ ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เดิมจนสิ้นปีงบประมาณที่ได้ลงทะเบียนไว้ และรับที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ในปีงบประมาณถัดไป

ทะเบียนเลขที่ ..../๒๕๖๕

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียนโดยเป็น □ บิดา-มารดา □ บุตร □ สามี-ภรรยา □ พี่น้อง □ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ)..

เลขประจำตัวประชาชน ที่อยู่ ....
.... .โทรศัพท์ ....

เขียนที่ ....

วันที่..............เดือน.....................................พ.ศ.............

คำนำหน้านาม □ เด็กชาย □ เด็กหญิง □นาย □นาง □นางสาว □อื่นๆ (ระบุ)..

ชื่อ..นามสกุล..

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

เลขที่............หมู่ที่........... ตรอก/ซอย .... ถนน....................หมู่บ้าน/ชุมชน.................................

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

โทรศัพท์ ....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนคนพิการ/ประชาชนที่ยื่นคำขอ ประเภทความพิการ □ ความพิการทางการเห็น □ ความพิการทางสติปัญญา

□ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย □ ความพิการทางการเรียนรู้

□ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย □ ความพิการทางออทิสติก

□ พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ .... โทรศัพท์ ....

เกี่ยวข้องโดยเป็น □ บิดา-มารดา □ บุตร □ สามี- ภรรยา □ พี่น้อง □ อื่นๆ...

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ

□ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ □ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่เมื่อ.......................................

□ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ □ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

□ อื่นๆ (ระบุ) ....

□ มีอาชีพ (ระบุ) .... รายได้ต่อเดือน (ระบุ) .... (บาท)

□ มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ...

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

□ รับเงินสดด้วยตนเอง □ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

□ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ □ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคาร...................................... สาขา................................. เลขที่บัญชี

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

□ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ □ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน □ สำเนาทะเบียนบ้าน

□ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

□ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)... (ลงชื่อ)...

(...) (...)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ในช่อง □ หน้าข้อความที่ต้องการ

-fe-

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □ □□□□□□□□□□□□□ แล้ว □ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบล้วน □ เป็นผู้ที่ชาดคุณสมบัติ ดังนี้ (ลงชื่อ) .... (....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีตำบลเทพราช คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ □ สมควรรับขึ้นทะเบียน □ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) .... (....) กรรมการ (ลงชื่อ) .... (....) กรรมการ (ลงชื่อ) .... (....)

คำสั่ง □รับลงทะเบียน □ไม่รับลงทะเบียน □อื่นๆ .... (ลงชื่อ)... (..) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี วัน/เดือน/ปี..

...... (ตัดตามรอยประให้ผู้พิการหรือผู้ที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)..

ยื่นแบบคำขอขึ้นทะเบียน เมื่อวันที่ .... เดือน .... พ.ศ ....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔โดยจะได้รับเงิน เบี้ยความพิการ ในเดือนถัดไป ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีย้ายที่อยู่ไปอยู่ ที่อื่นในระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ จะต้องไปยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่ทำการองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนนั้น ๆ เพื่อรักษาสิทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนนั้น ๆ

ทะเบียนเลขที่........................../๒๕๖๕

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

ผู้ยื่นคำขอ ( ) แจ้งด้วยตนเอง

( ) ผู้ยื่นคำขอ ฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น....................... กับผู้ป่วยเอดส์ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ-สกุล.. เลขประจำตัวประชาชน ....

ที่อยู่...

โทรศัพท์..

เขียนที่ ....

วันที่ .... เดือน .... พ.ศ............

คำนำหน้านาม (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ (ระบุ) ชื่อ....................................... นามสกุล ....

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

เลขที่.............หมู่ที่ ....ตรอก/ซอย........................ ถนน .... หมู่บ้าน/ชุมชน ....

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

โทรศัพท์...

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ สถานภาพสมรส □ โสด □ สมรส □ หม้าย □ หย่าร้าง □ แยกกันอยู่

□ อื่นๆ ....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ .... โทรศัพท์

เกี่ยวข้องโดยเป็น □บิดา-มารดา □บุตร □สามี- ภรรยา □พี่น้อง □ อื่นๆ ....

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ □ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ □ อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ประจำปีงบประมาณพ.ศ.๒๕๖๕ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

□ รับเงินสดด้วยตนเอง □ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

□ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ □โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคาร....................................... สาขา............................... เลขที่บัญชี □□□-□-□□□□□-□

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

□ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

□ สำเนาทะเบียนบ้าน

□ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยหน่วยงานของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นเอดส์ จริง

□ หนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .... (ลงชื่อ) ....

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

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย 'ؘ ในช่อง □ หน้าข้อความที่ต้องการ

<table>
<tr>
<td>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน
เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว</td>
<td rowspan="4">ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
เรียน นายกเทศมนตรีตำบลเทพราช
คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้
□สมควรรับขึ้นทะเบียน □ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

กรรมการ (ลงชื่อ)...
(...)

กรรมการ (ลงชื่อ)...
(...)

กรรมการ (ลงชื่อ)..
(..)</td>
</tr>
<tr>
<td>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน
□ □□□□□□□□□□□□□ แล้ว
□ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบล้วน
□ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(ลงชื่อ) ....
(..)
เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</td>
</tr>
<tr>
<td colspan="2">คำสั่ง
□ รับลงทะเบียน □ ไม่รับลงทะเบียน □ อื่นๆ...

(ลงชื่อ)..
(....)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี
วัน/เดือน/ปี..................................</td>
</tr>
</table>

...... (ตัดตามรอยเส้นรอยประให้ผู้พิการหรือผู้ที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้).

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนวันที่ ....เดือน......................................พ.ศ...................

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ในอัตราเดือนละ ๕๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน

ภาพประกอบการรับลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ