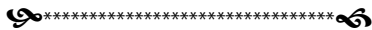


การปฏิบัติราชการเพื่อบริการประชาชน
หน่วยงานรับผิดชอบ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลดาวัง
เรื่องการบริการขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพ/ผู้พิการ/ผู้ป่วยเอดส์



คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพฯ

- * มีสัญชาติไทย
- * มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลดาวัง ตามทะเบียนบ้าน
- * เป็นผู้ที่มียายุ ๖๐ ปี บริบูรณ์ในปีถัดไป(ปัจจุบันอายุ ๕๙ ปี บริบูรณ์ และต้องเกิดก่อน ๑ ตุลาคม)
- * ไม่เป็นผู้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ เช่น บำนาญ,ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถาน

สงเคราะห์ของรัฐเป็นต้น(ภาคผนวก)

** กรณีบุคคลที่ถือบัตรอื่น เช่น บัตรประจำตัวบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน ถือว่าขาดคุณสมบัติไม่สามารถขึ้นทะเบียนได้

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

- * ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์มแบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

** บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนา

** ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา

** สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา(เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขที่บัญชี) สำหรับกรณี

ที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร

*** ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนก็ได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับ อบต.ดาวัง พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

*** ในกรณีได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้วและได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่ตำบลดาวัง ต้องมาขึ้นทะเบียนที่อบต.ดาวัง อีกครั้งภายในวันที่ ๑-๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปีเพื่อใช้สิทธิรับเบี้ยยังชีพต่อเนื่อง คำชี้แจงเพิ่มเติม

* ผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพอยู่แล้วในพื้นที่อื่น ภายหลังได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่ในพื้นที่ตำบลดาวัง ให้มาแจ้งขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพที่ อบต.ดาวัง แต่สิทธิในการรับเงินเบี้ยยังชีพที่เดิมจนสิ้นปีงบประมาณ ตัวอย่างเช่น

- นาง ก.รับเงินเบี้ยยังชีพอยู่ อบต.ทมอ ภายหลังได้แจ้งย้ายที่อยู่มาอยู่ที่ตำบลดาวัง ในวันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๕๕ นาง ก. ต้องมาขึ้นทะเบียนใหม่ที่อบต.ดาวัง ภายในวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๖ แต่ นาง ก. จะยังคงรับเงินเบี้ยยังชีพที่ อบต.สะเดา อยู่จนถึงกันยายน ๒๕๕๖ และมีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่อบต.ดาวัง ในเดือนตุลาคม ๒๕๕๖ เป็นต้นไป

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

- ให้ผู้ที่มายื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพ มาตรวจสอบรายชื่อตามประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลดาวัง ภายในวันที่ ๑๕ ธันวาคม ของทุกปี (นับจากวันสิ้นสุดกำหนดการยื่นขอขึ้นทะเบียน วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี)

การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

- อบต.ตาวังจะดำเนินการเบิก - จ่ายเงินให้กับผู้สูงอายุที่มากขึ้นทะเบียนไว้แล้วโดยเริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคมปีถัดไป โดยจะจ่ายเป็นเงินสด หรือโอนเข้าบัญชีธนาคาร ตามที่ผู้สูงอายุได้แจ้งความประสงค์ไว้
- กำหนดวันที่จ่ายเงินเบี้ยยังชีพ ระหว่างวันที่ ๑ - ๑๐ ของเดือน

ช่องทางการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

- ผู้ประสงค์รับเงินผ่านธนาคาร (ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์(ธกส.))
- ผู้ประสงค์รับเงินสด ได้ที่สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตาวัง หรือ ตามจุดอื่นๆที่ได้แจ้งไว้
- โอนเข้าบัญชีธนาคารในนามผู้สูงอายุหรือผู้รับมอบอำนาจ
- รับเงินสดในนามผู้สูงอายุหรือผู้รับมอบอำนาจ

การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได

- จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับในปัจจุบัน(ปี ๒๕๕๖) การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ คิดในอัตราเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได

- แบบ “ขั้นบันได” หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วงๆ หรือเป็นขั้นขึ้นไปเรื่อยๆ โดยเริ่มตั้งแต่ ๖๐ ปี

ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือนสำหรับผู้สูงอายุ(แบบขั้นบันได)

- ขั้นที่ ๑ อายุ ๖๐ - ๖๙ ปี จำนวนเงิน ๖๐๐ บาท
- ขั้นที่ ๒ อายุ ๗๐ - ๗๙ ปี จำนวนเงิน ๗๐๐ บาท
- ขั้นที่ ๓ อายุ ๘๐ - ๘๙ ปี จำนวนเงิน ๘๐๐ บาท
- ขั้นที่ ๔ อายุ ๙๐ ปีขึ้นไป จำนวนเงิน ๑,๐๐๐ บาท

การนับอายุว่าจะอยู่ในขั้นที่เท่าไร ให้นับ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน เท่านั้น เช่น

* นาย ก. เกิด ๓๐ กันยายน ๒๔๘๕ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๕ นาย ก. จะอายุ ๗๐ ปี หมายความว่า นาย ก. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๗๐๐ บาท ในเดือน ตุลาคม ๒๕๕๕(งบประมาณปี ๒๕๕๖)

* นาง ข. เกิด ๑ ตุลาคม ๒๔๘๕ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๕ นาง ข. จะอายุ ๖๙ ปี หมายความว่า นาง ข. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๖๐๐ บาท เท่าเดิม จนกว่าจะถึงรอบปีถัดไป

*** การนับรอบปีงบประมาณ คือ ๑ ตุลาคม - ๓๐ กันยายน เช่น

- ปีงบประมาณ ๒๕๕๕ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๔ - ๓๐ กันยายน ๒๕๕๕

- ปีงบประมาณ ๒๕๕๖ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๕ - ๓๐ กันยายน ๒๕๕๖

การสิ้นสุดการรับเบี้ยยังชีพ

- * ตาย
- * ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขต อบต.ตาวัง
- * แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
- * มีตำแหน่งทางการเมือง (มีเงินเดือน)

หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

- * ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง
- * กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพ หรือผู้รับมอบมอบอำนาจ แจ้งรับเป็นเงินสดต้องมารับเงินให้ตรงตาม

วัน เวลา ที่กำหนด

- * เมื่อย้ายภูมิลำเนาจาก อบต.ตาวัง ไปอยู่ภูมิลำเนาอื่น
- * ต้องแจ้งข้อมูลเพื่อให้ อบต.ตาวัง ได้รับทราบ
- * ให้ผู้ที่รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแสดงการมีชีวิตอยู่ต่อ อบต.ตาวัง ระหว่างวันที่ ๑ - ๕ ตุลาคม

ของทุกปี

- * กรณีตาย ให้ญาติของผู้รับเงินเบี้ยยังชีพแจ้งการตาย ให้อบต.ตาวังได้รับทราบ(พร้อมสำเนา

มรณบัตร)

คนพิการ

คนพิการ หมายความว่า คนพิการที่จดทะเบียนคนพิการตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. ๒๕๓๔
คุณสมบัติ ผู้พิการที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ตำบลตาวัง

การจดทะเบียนคนพิการ

ผู้พิการหรือผู้แทนสามารถไปจดทะเบียนผู้พิการได้ที่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
จังหวัดสุรินทร์

เอกสารในการจดทะเบียน

กรณียื่นด้วยตนเอง

- เอกสารรับรองความพิการออกให้โดยโรงพยาบาล
- บัตรประจำตัวประชาชน ในกรณีที่เป็นผู้เยาว์ให้ใช้สูติบัตร พร้อมสำเนา ๑ ชุด
- ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา ๑ ชุด
- รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป

กรณียื่นแทน

- เอกสารรับรองความพิการออกให้โดยโรงพยาบาล
- บัตรประจำตัวประชาชน ผู้มอบและผู้รับมอบพร้อมสำเนา ๑ ชุด
- ทะเบียนบ้านของผู้มอบและผู้รับมอบพร้อมสำเนา ๑ ชุด
- ใบมอบอำนาจจากคนพิการหรือหนังสือรับรองจากทางราชการ
- รูปถ่ายผู้พิการขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป

การขึ้นทะเบียนผู้พิการ

ผู้พิการหรือผู้รับมอบอำนาจสามารถมายื่นเอกสารการขึ้นทะเบียนได้ที่สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล
ตาวัง

การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

- อบต.ตาวังจะดำเนินการเบิก - จ่ายเงินให้กับผู้พิการที่มาขึ้นทะเบียนไว้แล้วโดยเริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม
ปีถัดไป โดยจะจ่ายเป็นเงินสด หรือโอนเข้าบัญชีธนาคาร ตามที่ผู้สูงอายุได้แจ้งความประสงค์ไว้
- กำหนดวันที่จ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ระหว่างวันที่ ๑ - ๑๐ ของเดือน

เอกสารประกอบการขึ้นทะเบียน

กรณียื่นด้วยตนเอง

- สำเนาบัตรประจำตัวผู้พิการ พร้อมรับรองสำเนา ๑ ชุด
- สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนา ๑ ชุด
- สำเนาสมุดบัญชี (กรณีโอนเข้าบัญชี)

กรณียื่นแทน

- สำเนาบัตรประจำตัวผู้พิการผู้มอบและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบพร้อมรับรองสำเนา ๑ ชุด
- สำเนาทะเบียนผู้มอบ และผู้รับมอบ พร้อมรับรองสำเนา ๑ ชุด
- ใบมอบอำนาจ ๑ ชุด
- สำเนาสมุดบัญชี (กรณีโอนเข้าบัญชี)

การรับเบี่ยยังชีพผู้พิการ

- ผู้ประสงค์รับเงินผ่านธนาคาร (ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์(ธกส.))
- ผู้ประสงค์รับเงินสด ได้ที่สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตาวััง หรือ ตามจุดอื่นๆที่ได้แจ้งไว้
- โอนเข้าบัญชีธนาคารในนามผู้สูงอายุหรือผู้รับมอบอำนาจ
- รับเงินสดในนามผู้สูงอายุหรือผู้รับมอบอำนาจ

ผู้ป่วยเอดส์

ผู้ป่วยเอดส์ หมายความว่า ผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรอง และทำการวินิจฉัยแล้ว

มีคุณสมบัติ ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภูมิลำเนาในเขตตำบลตาวััง

การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์

ผู้ป่วยเอดส์หรือผู้รับมอบอำนาจสามารถมายื่นเอกสารการขึ้นทะเบียนได้ที่สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตาวััง

การจ่ายเบี่ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

- อบต.ตาวัังจะดำเนินการเบิก - จ่ายเงินให้กับผู้ป่วยเอดส์ที่มาขึ้นทะเบียนไว้แล้วโดยเริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม ปีถัดไป โดยจะจ่ายเป็นเงินสด หรือโอนเข้าบัญชีธนาคาร ตามที่ผู้ป่วยเอดส์ได้แจ้งความประสงค์ไว้
- กำหนดวันที่จ่ายเงินเบี่ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ระหว่างวันที่ ๑ - ๑๐ ของเดือน

เอกสารประกอบการขึ้นทะเบียน

กรณียื่นด้วยตนเอง

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมรับรองสำเนา ๑ ชุด
- สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนา ๑ ชุด
- ใบรับรองแพทย์ ๑ ชุด
- สำเนาสมุดบัญชี (กรณีโอนเข้าบัญชี)

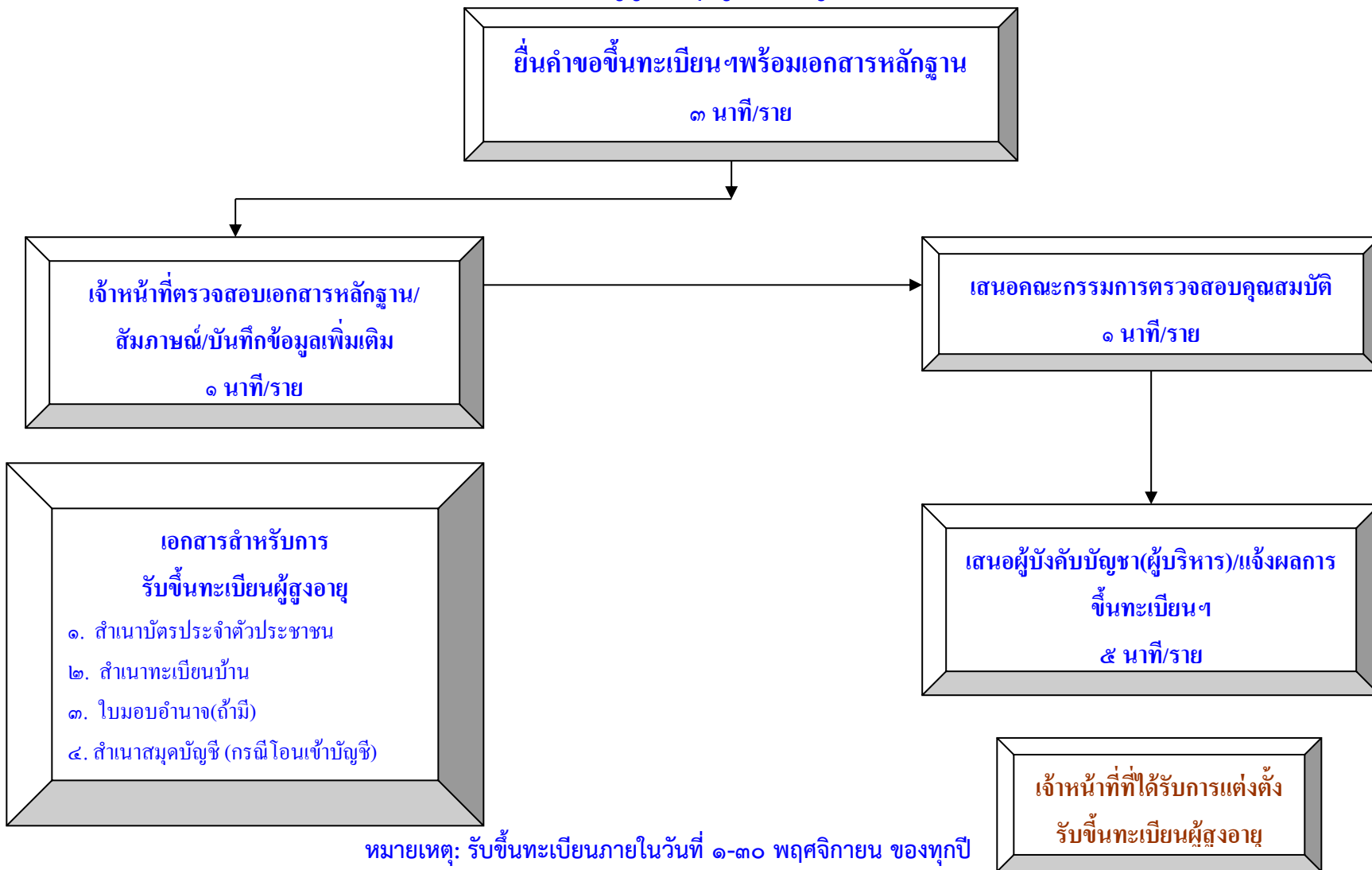
กรณียื่นแทน

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้มอบ และรับมอบพร้อมรับรองสำเนา ๑ ชุด
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้มอบ และผู้รับมอบพร้อมรับรองสำเนา ๑ ชุด
- ใบมอบอำนาจ ๑ ชุด
- ใบรับรองแพทย์ ๑ ชุด
- สำเนาสมุดบัญชี (กรณีโอนเข้าบัญชี)

การรับเงินผู้ป่วยเอดส์

- ผู้ประสงค์รับเงินผ่านธนาคาร (ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์(ธกส.))
- ผู้ประสงค์รับเงินสด ได้ที่สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตาวััง หรือ ตามจุดอื่นๆที่ได้แจ้งไว้
- โอนเข้าบัญชีธนาคารในนามผู้สูงอายุหรือผู้รับมอบอำนาจ
- รับเงินสดในนามผู้สูงอายุหรือผู้รับมอบอำนาจ

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ/ผู้พิการ/ผู้ป่วยเอดส์)



แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน
 ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ลงทะเบียน
 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.....มีชื่ออยู่ในสำเนา
 ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของ
 ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□□-□□-□
 สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ.....
 รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

- ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
 ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย สำเนาทะเบียนบ้าน
 สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

**“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ
 บำเหน็จรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”**

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว</p> <p>.....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายกเทศมนตรีตำบลตาวั่ง คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(นายจักรพันธ์ สอนงาม)</p> <p>นายกองค์การบริหารส่วนตำบลตาวั่ง</p> <p>วัน/เดือน/ปี.....</p>	

(ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ย
ยังชีพผู้สูงอายุ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๐ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๑ ในอัตราแบบขั้นบันได ภายในวันที่ ๑๐ ของทุก
เดือน กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น (ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๐ ถึง วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๑)
จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายน
๒๕๖๑ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอ ฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ

ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา - มารดา บุตร สามเฒ่า - ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบ ฯ

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....เลขประจำตัวประชาชน ----

ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....องค์การบริหารส่วนตำบลตาวัง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่น ๆ (ระบุ)

ชื่อ.....สกุล.....

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

ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่บ้าน

.....ตำบล/แขวง.....ตาวัง.....อำเภอ/เขต.....บัวเขต.....จังหวัด.....สุรินทร์.....รหัสไปรษณีย์.....

๓๒๒๓๐.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัว

ประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ - - -

ประเภทความพิการ ความพิการทางการมองเห็น

ความพิการทางสติปัญญา

ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย

ความพิการทางการเรียนรู้

ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

ความพิการทางออทิสติก

ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่

เมื่อ.....

ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อื่น ๆ (ระบุ).....

ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตัวเอง มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

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

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง

รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ ธนาคาร

.....สาขา.....เลขบัญชี - - -

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ

สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีขอรับเงินเบี้ยความพิการขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

(.....)

(.....)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ขาดคุณสมบัติ (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียนนายกองค์การบริหารส่วนตำบลดาวัง คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบ แล้ว มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้น ทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p>
<p>คำสั่ง <input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ลงชื่อ)..... (นายจักรพันธ์ สอนงาม) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลดาวัง วัน/เดือน/ปี</p>	

ตัดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่

นี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๐ ถึงเดือน กันยายน ๒๕๖๑ ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ได้ตั้งแต่ย้ายภูมิลำเนา ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒

เฉพาะกรณีผู้ป่วยเอดส์มอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอ

ลงทะเบียน

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบ

อำนาจ ---- ที่อยู่.....โทรศัพท์

ข้อมูลผู้ป่วยเอดส์

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....๒๕๖๒.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ

นามสกุล

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

.....มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย

.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....บับเขต.....

อำเภอ.....บับเขต.....

จังหวัด.....สุรินทร์.....รหัสไปรษณีย์.....๓๒๒๓๐.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ ---

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

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ

ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพความพิการ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

จาก (อบต./ทต.)

มีความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคารสาขาเลขที่บัญชี ---

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลตาวัง คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)</p>
<p>คำสั่ง <input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ..... ลงชื่อ (นายจักรพันธ์ สอนงาม) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลตาวัง วันที่.....เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๒</p>	

ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....

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

.....
การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยจะ
ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๑ ถึง เดือนกันยายน ๒๕๖๒ ในอัตราเดือนละ ๕๐๐ บาท
ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีผู้ป่วยเอดส์ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น (ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๑ ถึง วันที่
๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๒) จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ณ ที่องค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๒ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง