



คู่มือการปฏิบัติงาน สวัสดิการสังคม ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

www.tawang.go.th

- การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ
- การยื่นคำร้องขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

งานสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลตาวั่ง
โทรสาร. ๐๔๔-๕๕๘๙๖๗ โทร. ๐๔๔-๕๕๘๙๖๗.



สัญลักษณ์ผู้สูงอายุ



สัญลักษณ์คนพิการ



สัญลักษณ์วันเอดส์โลก

คำนำ

งานสวัสดิการ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลตาวั่ง มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคม ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลตาวั่ง และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลเหล่านี้ รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุการลงทะเบียนคนพิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ และรับคำร้องผู้ป่วยเอดส์เพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้กับบุคคลดังกล่าว โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๒ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. ๒๕๖๖ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ และฉบับที่ ๔ แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. ๒๕๖๒

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้อง มีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็ว และถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าว งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลตาวั่ง จึงได้จัดทำคู่มือการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ การยื่นคำร้องเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ขึ้น

ทั้งนี้ งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลตาวั่ง หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทุกท่านมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสิทธิพึงได้รับตามกฎหมาย รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้เกี่ยวข้องและประชาชนที่มาขอรับบริการ ต่อไป

นายนราธิป ดวงชื่น
นักพัฒนาชุมชน

การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ตรวจสอบคุณสมบัติตามรายการดังนี้

๑. มีสัญชาติไทย

๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต อบต.ตาวั่ง (ตามทะเบียนบ้าน)

๓. เป็นผู้มีอายุ ๖๐ ปี บริบูรณ์ในปีถัดไป (ปัจจุบัน อายุ ๕๙ ปี บริบูรณ์ **และต้องเกิดก่อน**

วันที่ ๒ กันยายน ๒๕๐๘)

๔. ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษหรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ****ในกรณีผู้ต้องขังเป็นผู้สูงอายุกรมราชทัณฑ์จะเป็นผู้ดำเนินการลงทะเบียนแทน****

หมายเหตุ : กรณีได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้ว และได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่ตำบลตาวั่ง จะต้องมาขึ้นทะเบียนที่ อบต.ตาวั่ง อีกครั้ง เพื่อมิให้เสียสิทธิในปีงบประมาณถัดไป

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม “แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ”

- ☺ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนา ๑ ฉบับ
- ☺ สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนา ๑ ฉบับ
- ☺ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ที่ผู้ลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เป็นเจ้าของบัญชีธนาคาร พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนา ๑ ฉบับ

หมายเหตุ : ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้

**ขอรับแบบคำขอขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ และยื่นเอกสาร
ได้ที่งานสวัสดิการสังคม
อบต.ตาว่าง อำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์**

การมอบอำนาจ เพื่อรับเงินแทนผู้มีสิทธิฯ



กรณีที่ผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ และเงินสงเคราะห์ผู้ป่วย ไม่สามารถรับเงินด้วยตนเองได้ สามารถมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ แทนได้ โดยดำเนินการ ดังนี้

๑.ติดต่อ งานสวัสดิการสังคม เพื่อขอรับแบบหนังสือมอบอำนาจ

๒.ดำเนินการกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนถูกต้อง ตามรายละเอียดที่แจ้งไว้ในหนังสือมอบอำนาจ

๓.ตรวจสอบเอกสารให้ครบถ้วน และนำส่ง อบต.ตาวัง ภายในวันที่ ๑๕ ของทุกเดือน เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้ทำการปรับปรุงข้อมูลให้ถูกต้อง

แนบเอกสาร ดังนี้

- ☺ แบบหนังสือมอบอำนาจ ๑ ฉบับ
- ☺ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้มอบอำนาจ พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนา ๑ ฉบับ
- ☺ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนา ๑ ฉบับ
- ☺ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ที่ผู้รับมอบอำนาจ เป็นเจ้าของบัญชีธนาคาร พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนา ๑ ฉบับ

.จะไม่มีจ่ายเงินใดๆทั้งสิ้น ในกรณีที่ไม่มีกรจัดทำเอกสารมอบอำนาจไว้ โดยถือปฏิบัติตาม ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ หมวด ๔ ข้อ ๑๓. และระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้แก่คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ หมวด ๔ ข้อ ๑๓.

การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได สำหรับผู้สูงอายุ



จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับในปัจจุบัน (ปี ๒๕๖๖) การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ คิดใน อัตราเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได แบบ “ขั้นบันได” หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของ ผู้สูงอายุออกเป็นช่วง ๆ หรือเป็นขั้น ขึ้นไปเรื่อย ๆ โดยเริ่ม ตั้งแต่อายุ ๖๐ ปี

ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือน สำหรับผู้สูงอายุ (แบบขั้นบันได)

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

**เป็นไปตามข้อมูลช่วงอายุของสำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง
โดยกำหนดให้นับช่วงอายุตามวันเดือนปีเกิด จนครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์

วิธีคำนวณอายุของผู้สูงอายุ



การนับอายุว่าจะอยู่ในขั้นที่เท่าไร ให้นับ ณ วันที่ ๑ กันยายน เท่านั้น เช่น

๑.นาง ก. เกิด ๑ กันยายน ๒๕๐๖ ลงทะเบียนในพึงบประมาณ ๒๕๖๕

นาง ก. จะมีอายุ ๖๐ ปี ในวันที่ ๑ เดือนกันยายน ๒๕๖๖

จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพ ภายในวันที่ ๑๐ เดือนกันยายน ๒๕๖๖

หมายความว่า...

นาง ก. จะเริ่มได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๖๐๐ บาท

ในเดือน กันยายน ๒๕๖๖ (งบประมาณปี ๒๕๖๖)

๒. นาง ข. เกิด ๒ กันยายน ๒๕๐๖ ลงทะเบียนในพึงบประมาณ ๒๕๖๕

นาง ข. จะมีอายุ ๖๐ ปี ในวันที่ ๒ เดือนกันยายน ๒๕๖๖

จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพ ภายในวันที่ ๑๐ เดือนตุลาคม ๒๕๖๖

หมายความว่า...

นาง ข. จะเริ่มได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๖๐๐ บาท

ในเดือน ตุลาคม ๒๕๖๖ (เนื่องจากเป็นพึงบประมาณ ๒๕๖๗)

การประกาศรายชื่อ ผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพ มาตรวจสอบ รายชื่อตามประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลตาวั่ง ภายในเดือน ธันวาคม ของทุกปีการรับลงทะเบียน

การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

กำหนดวันจ่ายเงินเบี้ยยังชีพ ภายในวันที่ ๑๐ ของเดือน (หากวันที่ ๑๐ เป็นวันหยุดจะจ่ายเงินล่วงหน้า ก่อน ๑ วัน)



กรมบัญชีกลางจะดำเนินการเบิก - จ่ายเงินให้กับผู้สูงอายุที่มาขึ้นทะเบียนไว้แล้ว โดยจะโอนเข้าบัญชีธนาคาร ตามที่ผู้สูงอายุได้แจ้งความประสงค์ไว้

การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ



๑. ผู้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเสียชีวิต
๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขต อบต.ตาวั่ง
๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
๔. ขาดคุณสมบัติ

คำชี้แจงผู้สูงอายุ



ผู้สูงอายุ ที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพอยู่แล้วในพื้นที่อื่น
ภายหลังได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่ในพื้นที่ตำบลตาวั้ง
ให้มาแจ้งขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพต่อที่ **อบต.ตาวั้ง**
แต่สิทธิในการรับเงินยัง จะคงอยู่ที่เดิมจนสิ้นปีงบประมาณ
เช่น...

นาง ก. รับเงินเบี้ยยังชีพอยู่ อบต. ก ต่อมาภายหลัง
ได้แจ้งย้ายที่อยู่มาอยู่พื้นที่ตำบลตาวั้ง ในวันที่ 30 กันยายน
2566

นาง ก. ต้องมาขึ้นทะเบียนใหม่ ที่ อบต.ตาวั้ง
ภายในวันที่ 1-30 พฤศจิกายน 2565

แต่...

นาง ก. จะยังคงรับเงินเบี้ยยังชีพที่ อบต. ก
อยู่จนถึงเดือนกันยายน 2559 (ตามที่ อบต. ก. ได้ประกาศรายชื่อ)
และจะมีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ที่ อบต.ตาวั้ง
ในเดือน ตุลาคม 2559 เป็นต้นไป

ผู้พิการ

ตรวจสอบคุณสมบัติของตัวเอง ตามรายการดังนี้



- ๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต อบต.ตาวั่ง (ตามทะเบียนบ้าน)
- (๓) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ซึ่งยังไม่หมดอายุ
- (๔) ไม่เป็น บุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ



ตัวอย่างบัตรและสมุดประจำตัวคนพิการ

กรณีได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการอยู่แล้ว
และได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่ตำบลตาวั่ง
จะต้องมาขึ้นทะเบียนที่ อบต.ตาวั่ง สามารถยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนได้ทุกเดือน
โดยแนบหนังสือยืนยันการงดจ่ายเงินเบี้ยความพิการจาก อบต.เดิม
และจะได้รับสิทธิในเดือนถัดไป

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียน เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ



ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม “แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ ”

- ☺ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนา ๑ ฉบับ
- ☺ สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนา ๑ ฉบับ
- ☺ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ที่ผู้ลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เป็นเจ้าของบัญชีธนาคาร พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนา ๑ ฉบับ

หมายเหตุ : กรณีที่คนพิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจ เป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทนได้ คนพิการที่เป็นผู้สูงอายุสามารถลงทะเบียน เพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ด้วย

****ขอรับแบบคำขอขึ้นทะเบียนคนพิการ และยื่นเอกสาร
ได้ที่ งานสวัสดิการสังคม
อบต.ตาว่าง อำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์**

การมอบอำนาจ เพื่อรับเงินแทนผู้มีสิทธิฯ



กรณีที่ผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ ไม่สามารถรับเงินด้วยตนเองได้ สามารถมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการรับเงินเบี้ยความพิการแทนได้ โดยดำเนินการ ดังนี้

๑.ติดต่อ งานสวัสดิการสังคม เพื่อขอรับแบบหนังสือมอบอำนาจ

๒.ดำเนินการกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนถูกต้อง ตามรายละเอียดที่แจ้งไว้ในหนังสือมอบอำนาจ

๓.ตรวจสอบเอกสารให้ครบถ้วน และนำส่ง อบต.ตาวัง ภายในวันที่ ๑๕ ของทุกเดือน เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้ทำการปรับปรุงข้อมูลให้ถูกต้อง

แนบเอกสาร ดังนี้

- ☺ แบบหนังสือมอบอำนาจ ๑ ฉบับ
- ☺ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการผู้มอบอำนาจ พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนา ๑ ฉบับ
- ☺ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนา ๑ ฉบับ
- ☺ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ที่ผู้รับมอบอำนาจ เป็นเจ้าของบัญชีธนาคาร พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนา ๑ ฉบับ

จะไม่มีจ่ายเงินใดๆทั้งสิ้น ในกรณีที่ไม่มีกรจัดทำเอกสารมอบอำนาจไว้ โดยถือปฏิบัติตาม ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ หมวด ๔ ข้อ ๑๓. และระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้แก่คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ หมวด ๔ ข้อ ๑๓.

ประกาศรายชื่อ ผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยคนพิการ

ให้ผู้พิการที่ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพ มาตรวจสอบ รายชื่อตามประกาศที่บอร์ด
ประชาสัมพันธ์ ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลตาวัง ภายในวันที่ 30
ของเดือนที่ยื่นคำขอลงทะเบียนขอรับสิทธิเบี้ยความพิการ

การจ่ายเบี้ยความพิการ
กำหนดวันจ่ายเงินเบี้ยความพิการภายในวันที่ ๑๐
ของเดือนถัดไป
(หากวันที่ ๑๐ เป็นวันหยุดจะจ่ายเงินล่วงหน้า
ก่อน ๑ วัน)

กรมบัญชีกลางจะดำเนินการเบิก - จ่ายเงินให้กับผู้พิการที่มาขึ้นทะเบียนไว้แล้ว
โดยจะโอนเข้าบัญชีธนาคาร ตามที่ผู้พิการได้แจ้งความประสงค์ไว้

การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ

๑. ผู้รับเงินเบี้ยความพิการเสียชีวิต
๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขต อบต.ตาวัง
๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
๔. บัตรประจำตัวคนพิการหมดอายุ จะถูกระงับสิทธิ์ชั่วคราว หากเกิน ๑ ปี จะถูกตัดสิทธิ์
การรับเงิน และต้องยื่นเอกสารขอลงทะเบียนใหม่แก่ อบต.ตาวัง

คำชี้แจงผู้พิการ



ผู้พิการ ที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพอยู่แล้วในพื้นที่อื่น
ต่อมาภายหลังได้ย้ายทะเบียนบ้าน เข้ามาอยู่ในพื้นที่ตำบลตาวั้ง
ให้มาแจ้งขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการต่อที่ **อบต.ตาวั้ง** โดยให้แนบ
หนังสือยืนยันการงดจ่ายเงินเบี้ยความพิการจาก อปท. เก่า เพื่อเป็น
หลักฐานด้วย เช่น

นาง ก. รับเงินเบี้ยความพิการอยู่ อบต. ก
ต่อมาภายหลังได้แจ้งย้ายที่อยู่มาอยู่พื้นที่ตำบลตาวั้ง
ในเดือนมีนาคม 2558

นาง ก. จะต้องมาขอขึ้นทะเบียนรับเบี้ยความพิการอีกครั้ง ที่ อบต.ตาวั้ง
ภายในวันที่ 15 มีนาคม 2558

โดย นาง ก. จะต้องขอหนังสือยืนยันการงดจ่ายเงินเบี้ยความพิการจาก อบต. ก
ด้วย

และจะมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ ตามที่ อบต.ตาวั้ง ได้ทำการประกาศรายชื่อ
ในเดือนถัดไป

ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ



๑. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสาร ใบรับรองความพิการ

๒. ดำเนินการยื่นขอทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดสุรินทร์ หรืองานสวัสดิการสังคม อบต.ตาวัน โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๒.๑ เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐ (ตัวจริง)

๒.๒ รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป

๒.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

** ๒.๕ ถ้าคนพิการประสงค์มีผู้ดูแลให้นำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

พร้อมแนบเอกสารรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ

๓. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอทำบัตรประจำตัวคนพิการให้นำหลักฐาน ตามข้อ ๒.๔ - ๒.๕ มาด้วย

เอกสารรับรองความพิการ โดยพิจารณาจากความบกพร่อง เลขที่.....

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

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....สังกัด.....

ได้ประเมิน ค.ช. / ค.ญ. / นาย / นาง / นางสาว..... เลขประจำตัวประชาชน

ประเภทความบกพร่อง	หัวข้อพิจารณา	ผลการประเมิน		ระบุรายละเอียดลักษณะความบกพร่อง / พิการ	การเกิดความบกพร่อง / พิการ	สาเหตุของความบกพร่อง / พิการ
		ไม่บกพร่อง	บกพร่อง			
๑. ทางการเห็น	- การเห็นของสายตา			() ตาบอด () ตาเลือนราง	() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
	- ลานสายตา					
๒. ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย	- การได้ยินเสียง			() หูหนวก () หูตึง () สื่อความหมาย	() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
	- การเข้าใจภาษาพูด					
	- การใช้ภาษาพูด					
๓. ทางการเคลื่อนไหวหรือทรงตัว	- การเคลื่อนไหว มือ แขน ขา หรือ เท้า			() การเคลื่อนไหว () ขาด ระบุ..... () อ่อนแรง ระบุ..... () อื่น ๆ ระบุ..... () ร่างกาย ระบุ.....	() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
	- ลักษณะทั่วไปของร่างกาย					
๔. ทางจิตใจ หรือพฤติกรรมหรือออทิสติก	- สภาวะทางจิต หรือพฤติกรรม				() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
	- กลุ่มออทิสติก					
๕. ทางสติปัญญา	- ความสามารถทางสติปัญญา			() พัฒนาการ () สติปัญญา	() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
๖. ทางการเรียนรู้	- ความสามารถทางการเรียนรู้				() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ

สรุปผลการวินิจฉัย โดยพิจารณาจากความบกพร่องตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ปรากฏว่าผู้ถูกประเมิน

() ไม่มีความพิการ () มีความพิการ

ความเห็น () ส่งต่อเจ้าหน้าที่เพื่อขอมีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมาย () ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ระบุ.....

() ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ระบุ..... () ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ระบุ.....

() ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ระบุ..... () อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

ประทับตรา
โรงพยาบาล

การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ



การดำเนินการต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ สามารถต่อได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุรินทร์ โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๑. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม
๒. รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ จำนวน ๑ ฉบับ
๔. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการมีผู้ดูแล ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
๕. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการให้นำหลักฐานตามข้อ ๓-๔ มาด้วย

การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ

การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ สามารถติดต่อได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุรินทร์ โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๑. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน
อย่างละ จำนวน ๑ ฉบับ
๓. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนเดิม ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
๔. **หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนใหม่** ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
๕. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ
๖. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้รับรอง
จำนวน ๑ ฉบับ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ส.อบต. หรือ ข้าราชการ ระดับ ๓ ขึ้นไป)

ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดย สถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล
ตาวิ้ง
๓. การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่
ส่วนสวัสดิการสังคม โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่นดังนี้
 - ๓.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยัน
ว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
 - ๓.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
 - ๓.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
๔. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์
ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้

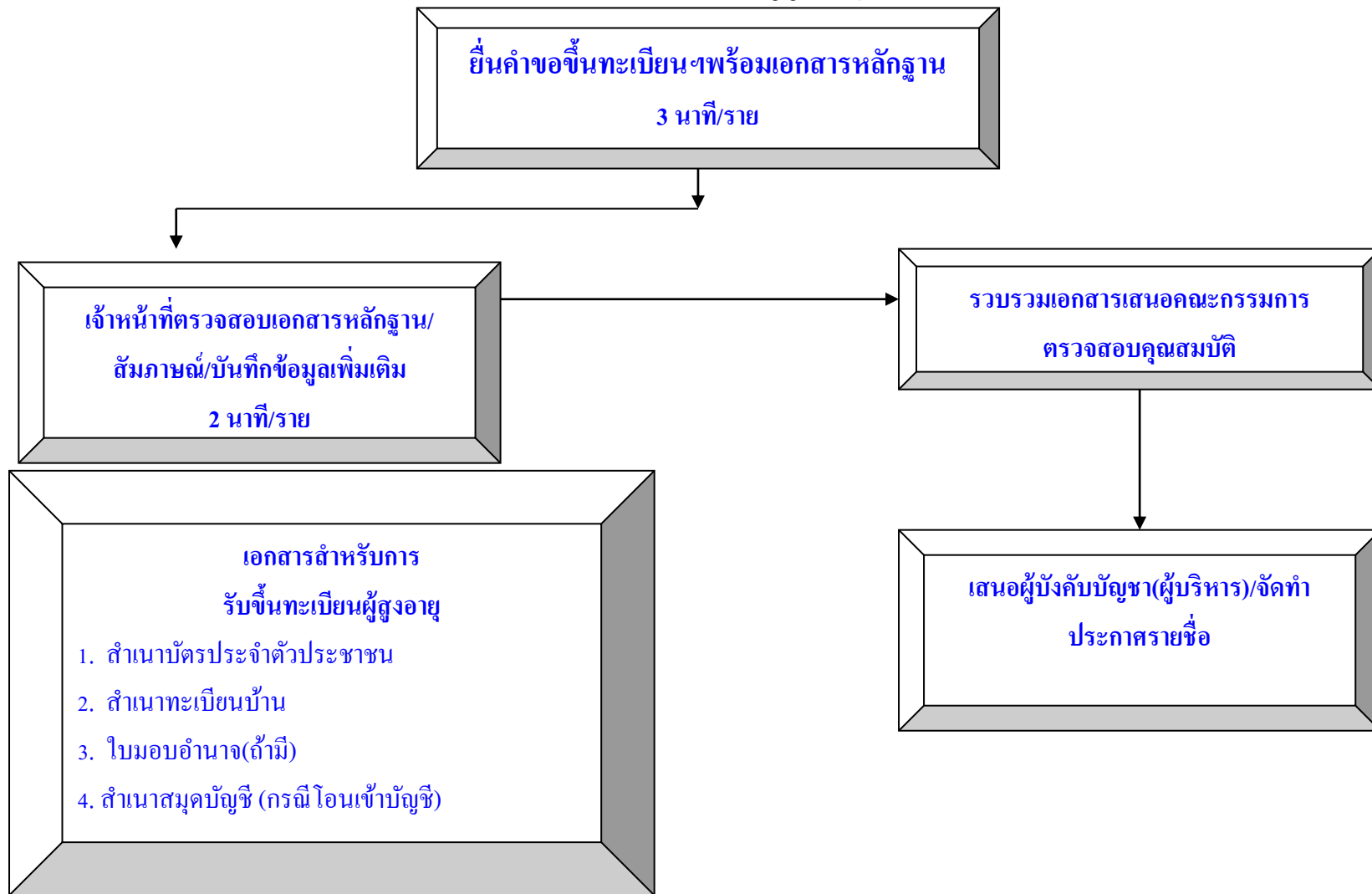
ข้อเสนอแนะสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

๕. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุ และคนพิการ สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด
๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้ว ต่อมาได้ย้าย ภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ปวย เอดส์ อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ จากองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้อง ขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ปวย เอดส์ ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนา เท่านั้น
๗. กรณีผู้ที่ได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติ ของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้อง แจ้งให้งานสวัสดิการสังคมทราบภายใน ๓ วัน

ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่าป่วยเป็น **โรคเอดส์ /AIDs** เท่านั้น หากระบุว่าป่วยเป็น HIV หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง จะ ไม่เข้าหลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์

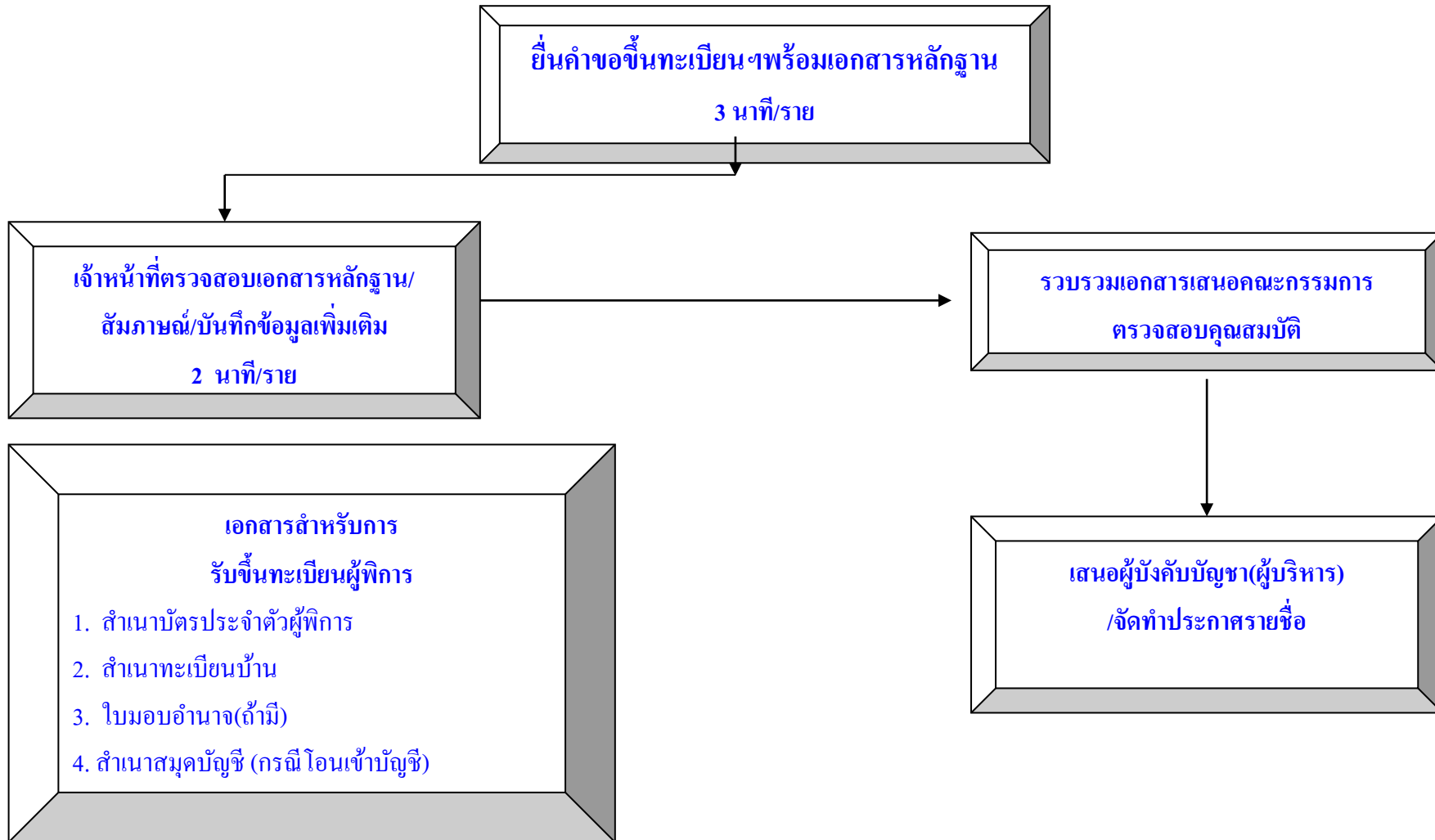
ภาคผนวก

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
(การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ)



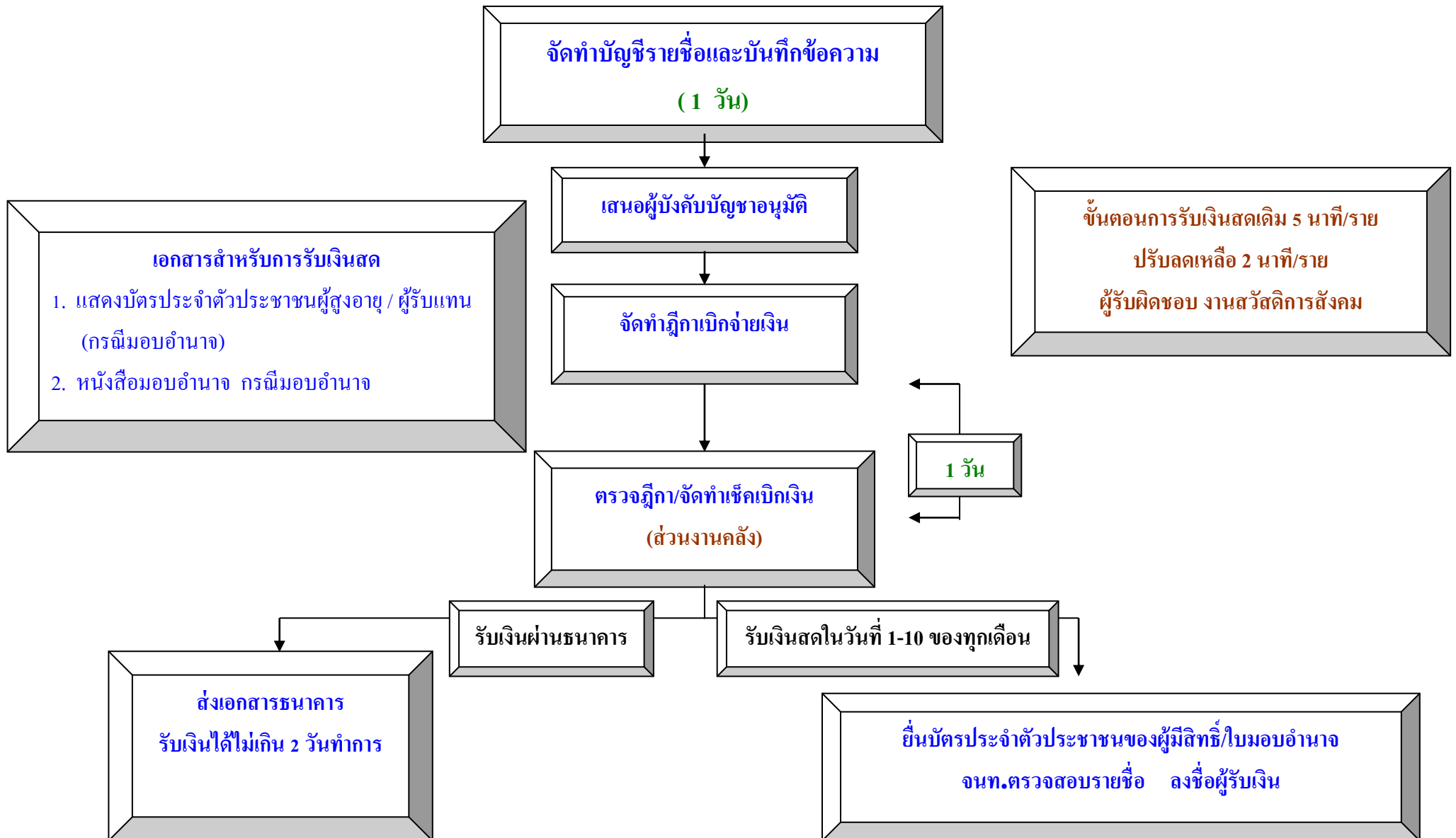
ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ เดิม ๑๐ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๓-๕ นาที/ราย

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
(การรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ)

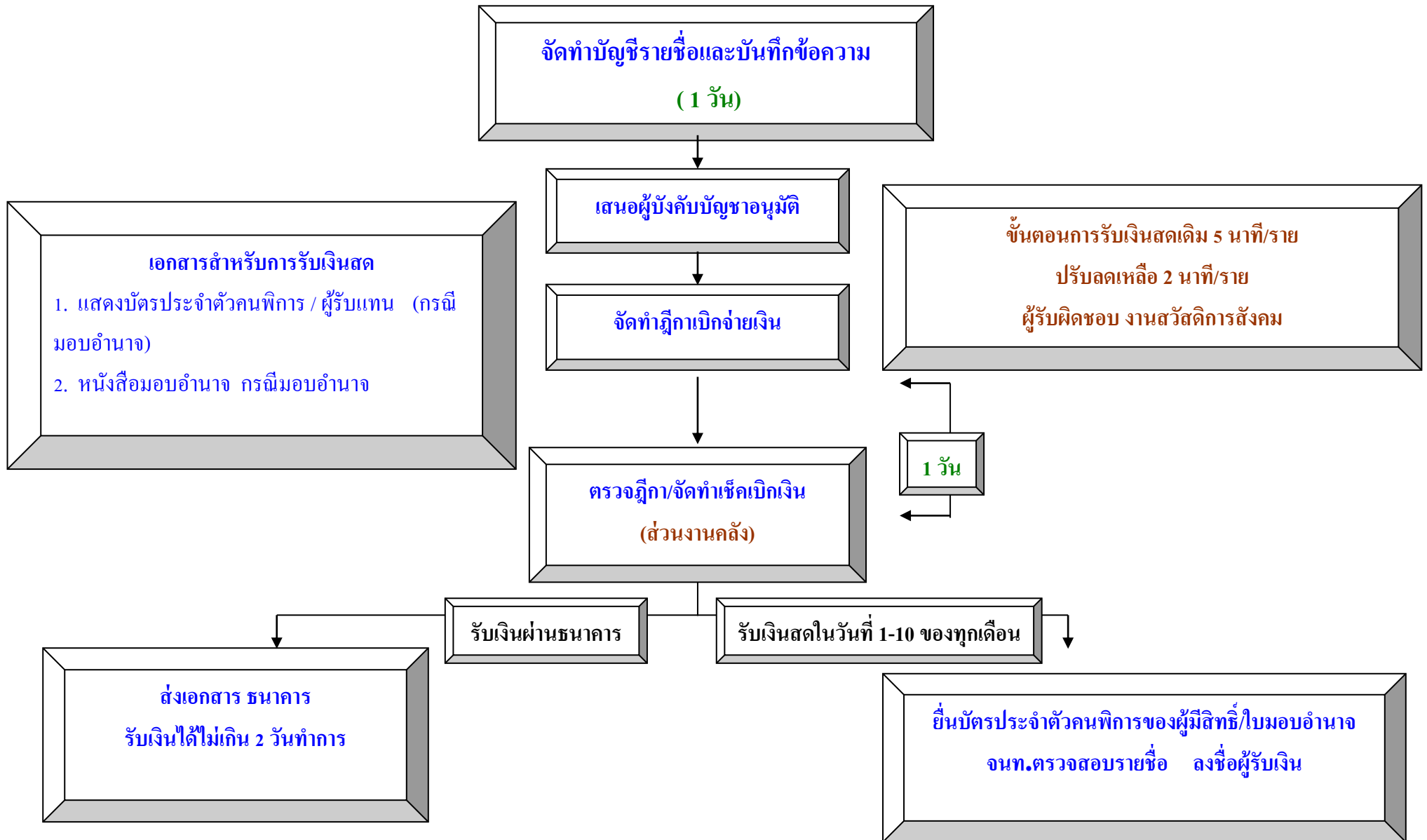


ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ เดิม ๑๐ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๓-๕ นาที/ราย

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
(การเบิก-จ่ายเบี้ยผู้สูงอายุ)



แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การเบิก-จ่ายเบี้ยความพิการ)



ตัวอย่างแบบฟอร์มคำขอขึ้นทะเบียน

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบยื่นยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

<p>เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแบบยื่นยันสิทธิแทน</p> <p>ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ขอยื่นยันสิทธิ</p> <p>ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ</p> <p>□-□□□□-□□□□□□-□□-□ ที่อยู่.....</p> <p>..... โทรศัพท์.....</p>
--

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

.....หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ ซอย.....ถนน.....ตำบล.....ต.ว.ง.....

อำเภอ.....บ.เขต.....จังหวัด.....สุรินทร์.....รหัสไปรษณีย์.....32230.....

โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□□-□□-□ สถานภาพ

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

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

มีความประสงค์

ขอยื่นยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖)

ไม่ขอรับสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง

รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

"ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ณ วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพ

ผู้สูงอายุ และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ"

"ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(นาย/นาง/นางสาว).....

ผู้ยื่นยันสิทธิ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นยันสิทธิ

เจ้าหน้าที่ผู้รับยื่นยันสิทธิ

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/</p> <p>.....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน</p> <p><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"/></p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติยื่นยันทิครบถ้วน</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่รอตรวจสอบคุณสมบัติ ณ วันที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพ</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ)</p> <p>(นายนราธิป ดวงชื่น)</p> <p>นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ</p> <p>เจ้าหน้าที่</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลตาวัง</p> <p>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบ</p> <p>มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับยื่นยันทิ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับยื่นยันทิ.....</p> <p>.....</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(นางสาวเกศินี สอนงาม)</p> <p>นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(นายไพบุลย์ ไยแสง)</p> <p>เจ้าพนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(นายนราธิป ดวงชื่น)</p> <p>นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับยื่นยันทิ <input type="checkbox"/> ไม่รับยื่นยันทิ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ)</p> <p>(นายจักรพันธ์ สอนงาม)</p> <p>นายกองค้การบริหารส่วนตำบลตาวัง</p> <p>วัน/เดือน/ปี</p>	

-----ฝึกตามรายปรุ.....

ยื่นแบบยื่นยันทิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

การยื่นยันทิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงิน

เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่คุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการยื่นยันทิ โดยได้รับตั้งแต่เดือน.....

พ.ศ.....เป็นต้นไป

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอ ฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับ
คนพิการ

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

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคน

พิการ).....เลขประจำตัว

ประชาชน ---- 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.....

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

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

รหัสไปรษณีย์...๓๒๒๓๐.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ - - -

ประเภทความพิการ ความพิการทางการมองเห็น ความพิการทางสติปัญญา

ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้

ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางออทิสติก

ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่.....

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

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

มีความประสงค์ฝึกอาชีพ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

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 □-□□□□□-□□□□□□-□□□□ แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ขาดคุณสมบัติ (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียนนายกองค์การบริหารส่วนตำบลดาวัง..... คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้น ทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (นางสาวเกศินี สอนงาม) นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ กรรมการ (ลงชื่อ) (นายไพฑูย์ ไยแสง) เจ้าพนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กรรมการ (ลงชื่อ) (นายนราธิป ดวงชื่น) นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ</p>
<p>คำสั่ง <input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ลงชื่อ)..... (นายจักรพันธุ์ สอนงาม) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลดาวัง วัน/เดือน/ปี </p>	

ติดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

เอกสารแนบ (รับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ)
๑.สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ
๒.สำเนาทะเบียนบ้าน
๓.สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้
ลงทะเบียน ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน..... พ.ศ.....
การลงทะเบียนนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ
ในเดือนถัดไปหลังจากประกาศรายชื่อผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้ององค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นเดิม และไปยื่นคำขอลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ได้ตั้งแต่
ย้ายภูมิลำเนา ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

ตัวอย่างแบบหนังสือมอบอำนาจ

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

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

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....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.....ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ.....แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ
ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วย
ตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ/ผู้สูงอายุ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือมอบอำนาจ

หนังสือมอบอำนาจยื่นรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/ผู้พิการ

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

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....เลขที่.....
ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....
เกี่ยวข้องเป็น.....
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....เลขที่.....ออกให้
ณ.....
เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย
.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจ.....แทนข้าพเจ้า โดยข้าพเจ้ามอบอำนาจให้รับเงินเบี้ยยังชีพรายเดือนทุก
เดือนตลอดปีงบประมาณ.....หรือจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ/ผู้สูงอายุ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือแสดงความประสงค์ รับเงินเบี้ยยังชีพ

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลตาวัง

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มีสิทธิได้รับ

เงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เงินเบี้ยความพิการ เงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

() เป็นเงินสด

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

() แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ

(.....)

