



คู่มือการปฏิบัติงานด้านสวัสดิการสังคม

การยืนยันสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ

การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเด็กแรกเกิด

งานสวัสดิการสังคม

เทศบาลตำบลท่าเกษม อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

คำนำ

งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัดเทศบาลตำบลท่าเกษม มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในเขตเทศบาลตำบลท่าเกษม และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลเหล่านี้รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนคนพิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการและรับคำร้องผู้ป่วยเอดส์เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้กับบุคคลดังกล่าว โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๖ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๖๒ ดังนั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่และประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็วและถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าว เทศบาลตำบลท่าเกษม จึงได้จัดทำคู่มือการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ และการยื่นคำร้องเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ขึ้น

เทศบาลตำบลท่าเกษม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิที่พึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการ ต่อไป

งานสวัสดิการสังคม

เทศบาลตำบลท่าเกษม อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

สารบัญ

เรื่อง

หน้า

คำนำ

สารบัญ

ความเป็นมาและความสำคัญในการจัดทำคู่มือ

๑

การยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๒

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๓

วิธีการรับเงิน

๔

แผนผังขั้นตอนและขั้นตอนการปฏิบัติงานเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๖

การลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยความพิการ

๗

แผนผังขั้นตอนและขั้นตอนการปฏิบัติงานเบี้ยยังชีพความพิการ

๙

การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑๐

แผนผังขั้นตอนและขั้นตอนการปฏิบัติงานเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑๒

การลงทะเบียนเด็กแรกเกิด

๑๓

ภาคผนวก

- แบบยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- แบบลงทะเบียนรับเบี้ยความพิการ
- แบบลงทะเบียนผู้ป่วยเอดส์
- หนังสือมอบอำนาจ

ความเป็นมาและความสำคัญในการจัดทำคู่มือ

คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual) เป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่งในการทำงานทั้งระดับหัวหน้างานและผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งการจัดทำรายละเอียดของการทำงานในหน่วยงานนั้นๆอย่างเป็นระบบและครบถ้วน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลายประการ เช่น การสอนงาน การตรวจสอบการทำงาน การควบคุมงาน การติดตามงานและการประเมินผลการปฏิบัติงาน เป็นต้น ทั้งนี้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานขององค์กร ซึ่งเปรียบเสมือนแผนที่บอกเส้นทางการทำงานที่มีจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุด มีคำอธิบายตามที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานไว้ใช้อ้างอิงไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการทำงาน การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานถือเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงาน เทศบาลตำบลท่าเกษม จึงได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานของหน่วยงาน ดังนี้

๑. เพื่อให้หน่วยงานมีการจัดทำคู่มือฯ เพื่อประกอบการปฏิบัติงานให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมถึงป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ซึ่งได้มีการอธิบายรายละเอียดของกระบวนการเพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานได้ทราบและถือปฏิบัติ

๒. เพื่อให้การปฏิบัติงานสวัสดิการสังคมมีแนวทางการปฏิบัติงานเป็นไปตามมาตรฐานและเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

๓. เพื่อให้ประชาชนได้ทราบแนวทางในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่



การยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

➤ กรณีผู้สูงอายุรายใหม่

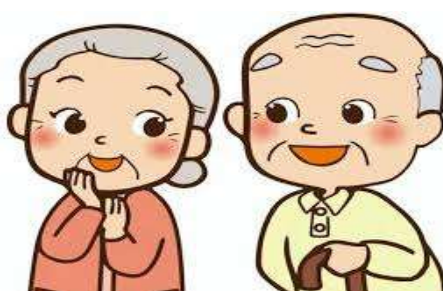
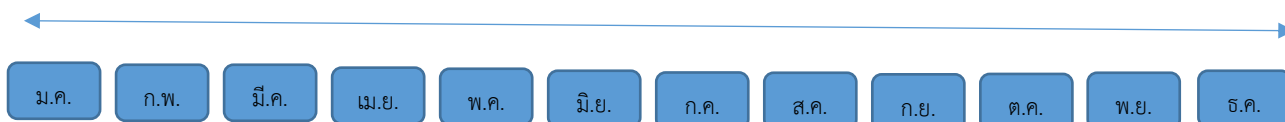
ผู้สูงอายุที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ และผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ ที่ยังไม่เคยลงทะเบียนมาก่อน หากผู้สูงอายุมีความประสงค์จะรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยให้แนบเอกสารหลักฐานข้อมูลเพื่อยืนยันสิทธิตนเองต่อเทศบาลตำบลท่าเกษม หากผู้สูงอายุไม่สามารถแจ้งความประสงค์การรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ด้วยตนเองได้ อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้บุคคลอื่นแจ้งความประสงค์แทนได้

➤ กรณีผู้สูงอายุย้ายเข้ามาเขตเทศบาลตำบลท่าเกษม

ผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนึ่ง ได้ย้ายภูมิลำเนามายังเทศบาลตำบลท่าเกษม ให้ผู้สูงอายุนั้นยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ที่เทศบาลตำบลท่าเกษม โดยจะจ่ายเบี้ยยังชีพให้ในเดือนถัดไป

ช่วงเวลาการยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เปิดรับการยืนยันสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ตั้งแต่เดือน มกราคม - ธันวาคม ของทุกปี



คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลท่าเกษม
๓. ผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้ยืนยันสิทธิขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๔. เป็นผู้ไม่มีรายได้หรือมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุกำหนด

ขั้นตอนการยืนยันสิทธิ

หากผู้สูงอายุมีความประสงค์ที่จะรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุให้แนบเอกสารหลักฐานข้อมูล เพื่อยืนยันสิทธิตนเองไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังต่อไปนี้

๑. แบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
๒. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร สำหรับกรณีที่ผู้ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร

การยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุยืนยันสิทธิขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุด้วยตนเอง หรือในกรณีที่มีความจำเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมายื่นคำขอลงทะเบียนด้วยตนเองได้ อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นแจ้งความประสงค์ขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนได้ ณ งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัดเทศบาลตำบลท่าเกษม ในวัน และเวลาราชการ ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. สอบถามเพิ่มเติมได้ที่ โทร ๐๓๗ ๒๔๗๙๔๐



ผู้สูงอายุจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๑. รับเงินสดด้วยตนเอง
๒. รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
๓. โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ
๔. โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

****ผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพจะได้รับเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได ภายในวันที่ ๑๐ ของเดือน****

การสิ้นสุดของสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

สิทธิของผู้ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจะสิ้นสุดลงเมื่อ

๑. ตาย
๒. ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖ (ย้ายภูมิลำเนา , เป็นผู้มีรายได้หรือมีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติกำหนด)
๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นหนังสือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไว้

**** หากผู้สูงอายุรายได้เสียชีวิต แต่ยังมีชีวิตอยู่ ณ วันที่ ๑ ของเดือนใด**

เดือนนั้นจะได้รับเป็นเดือนสุดท้าย**

การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ

แบบขั้นบันได หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วงๆหรือเป็นขั้นขึ้นไปเรื่อยๆ โดยเริ่มตั้งแต่ อายุ ๖๐ ปี หากมีการปรับอัตราการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแบบขั้นบันไดตามมติคณะรัฐมนตรีให้มีการปรับอัตราการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ เดือนที่ผู้สูงอายุครบช่วงอายุในเดือนถัดไป

การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือนสำหรับผู้สูงอายุ (แบบขั้นบันได)

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

การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

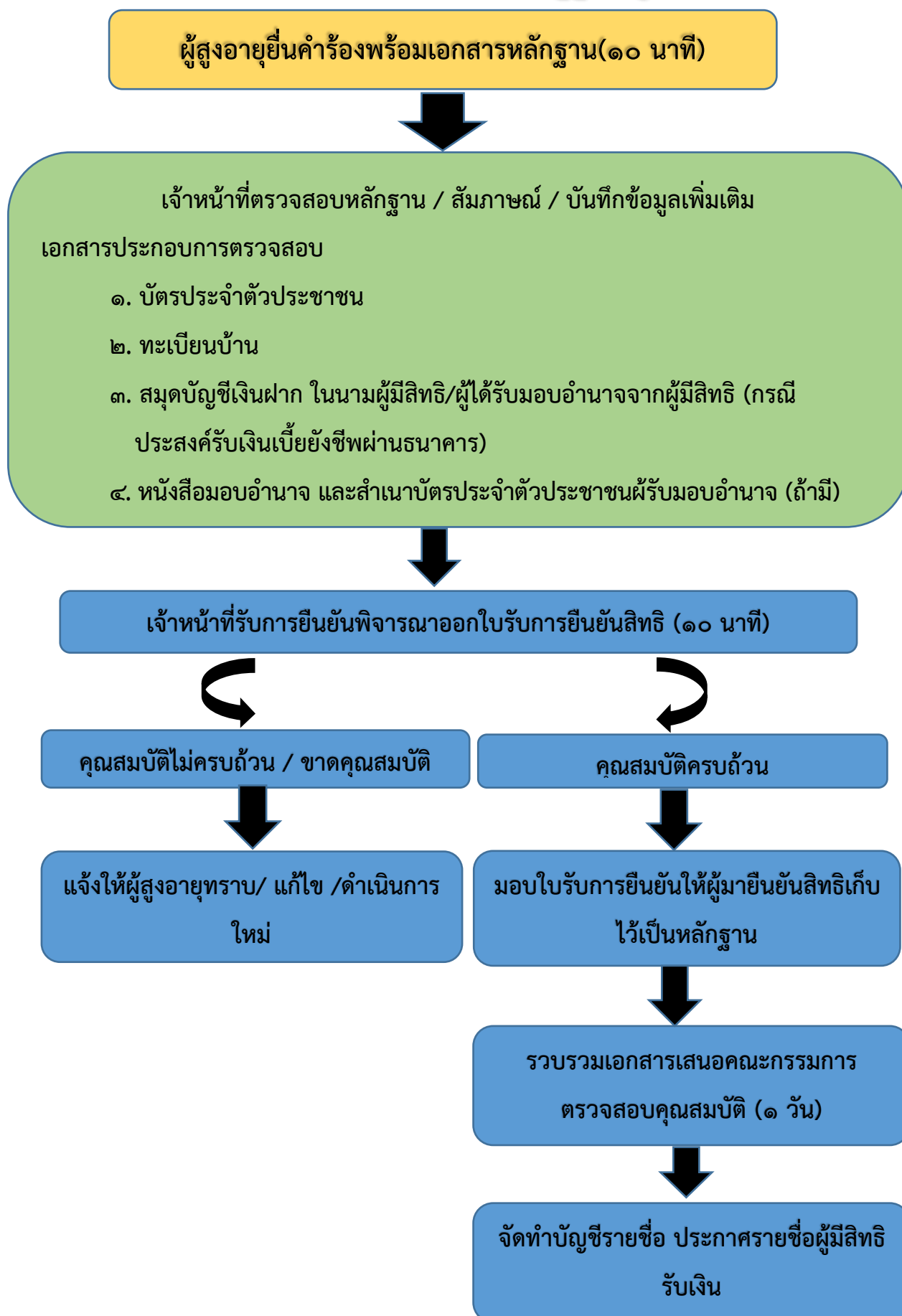
๑. ผู้สูงอายุที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์แล้ว และผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ ที่ได้ยื่นยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว หากมีคุณสมบัติครบถ้วน ให้เบิกจ่ายเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุในเดือนถัดไป (สำหรับผู้สูงอายุที่เกิดวันที่ ๑ ให้ได้รับเงินเบี้ยยังชีพในเดือนนั้น)

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๖๖

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

การยืนยันสิทธิเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



การลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยความพิการ

-๗-

คุณสมบัติของผู้พิการที่มีสิทธิขอรับเบี้ยความพิการ

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลท่าเกษม
๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
๔. ไม่เป็นบุคคลที่อยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ หรือสถานสงเคราะห์ของเอกชนที่ได้รับเงินอุดหนุนส่วนใหญ่จากรัฐ



“คนพิการซึ่งจะมีสิทธิจะได้รับเบี้ยความพิการ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการเบี้ยความพิการกำหนด”

เอกสารประกอบการลงทะเบียน

๑. บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
๒. บัตรประจำตัวประชาชน
๓. ทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้าน
๔. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร สำหรับกรณีและผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผ่านธนาคาร

คนพิการที่มีความประสงค์จะขอรับเบี้ยยังชีพความพิการและคนพิการที่ย้ายเข้ามาในเขตเทศบาลตำบลท่าเกษม สามารถยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองหรือสามารถมอบอำนาจได้ทั้งงานสวัสดิการสังคมเทศบาลตำบลท่าเกษม ในวัน และเวลาราชการ ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. จะมีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป

ตัวอย่าง นาง ไก่ เป็นผู้พิการและรับเงินเบี้ยความพิการ
จาก เทศบาล ก. เมื่อวันที่ 10 มกราคม ๒๕๖๖ นาง ไก่
ได้ย้ายทะเบียนบ้านมาอยู่ที่ เทศบาล ข. ในวันที่ ๒๐
มกราคม ๒๕๖๖ นาง ไก่ ต้องมายื่นคำขอลงทะเบียนต่อ
เทศบาล ข. ภายในเดือน มกราคม ๒๕๖๖ หากนาง ไก่ ไม่
มายื่นคำขอลงทะเบียนต่อ เทศบาล ข. นางไก่ ก็จะไม่
สิทธิรับเงินเบี้ยความพิการเดือน กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

“การจ่ายเงินเบี้ยความพิการ”

- คนพิการที่มีอายุ ๑๘ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท
- คนพิการที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี ในอัตราเดือนละ ๑,๐๐๐ บาท
- จ่ายภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน
- หลังจากลงทะเบียน ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป



กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๖๒

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาในการปฏิบัติราชการ

การลงทะเบียนรับเบี้ยความพิการ

ผู้พิการยื่นคำร้องพร้อมเอกสารหลักฐาน(๑๐ นาที)

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบหลักฐาน / สัมภาษณ์ / บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม
เอกสารประกอบการตรวจสอบ

๑. บัตรประจำตัวคนพิการ
๒. ทะเบียนบ้าน
๓. สมุดบัญชีเงินฝาก ในนามผู้มีสิทธิ/ผู้ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ (กรณี
ประสงค์รับเงินเบี้ยยังชีพผ่านธนาคาร)
๔. หนังสือมอบอำนาจ และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ (ถ้ามี)

เจ้าหน้าที่พิจารณาออกใบรับลงทะเบียน (๑๐ นาที)

คุณสมบัติไม่ครบถ้วน / ขาดคุณสมบัติ

แจ้งให้ผู้พิการทราบ/ แก้ไข /ดำเนินการ
ใหม่

คุณสมบัติครบถ้วน

มอบใบรับลงทะเบียนผู้พิการเก็บไว้เป็น
หลักฐาน

รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการ
ตรวจสอบคุณสมบัติ (๑ วัน)

จัดทำบัญชีรายชื่อ ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ
รับเงิน

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

“ผู้ป่วยเอดส์” หมายความว่า ผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์

๑. มีภูมิลำเนาในเขตเทศบาลตำบลท่าเกษม
๒. มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ผู้ป่วยเอดส์สามารถยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ได้ที่งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด
เทศบาลตำบลท่าเกษม โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่นดังนี้

๑. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกโดยสถานพยาบาลของรัฐยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง ซึ่งใบรับรอง
แพทย์จะต้องระบุว่าป่วยเป็น โรคเอดส์ / AIDS เท่านั้น หากระบุว่าป่วยเป็น HIV หรือ ภูมิคุ้มกัน
บกพร่อง จะไม่เข้าหลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์
๒. บัตรประจำตัวประชาชน
๓. ทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้าน
๔. กรณีผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบ
อำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้
๕. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร



* ใบรับรองแพทย์ต้องระบุว่า “เอดส์” / “AIDS”
หรือ “ผู้ป่วยเอดส์” เท่านั้น หากระบุว่า HIV หรือ
โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือระบุอย่างอื่น ถือว่าไม่
เข้าหลักเกณฑ์การได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ
ผู้ป่วยเอดส์ *

การสิ้นสุดการได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

- ตาย
- ย้ายภูมิลำเนา
- แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์เป็นลายลักษณ์อักษรต่อ
เทศบาลตำบลท่าเกษม

การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

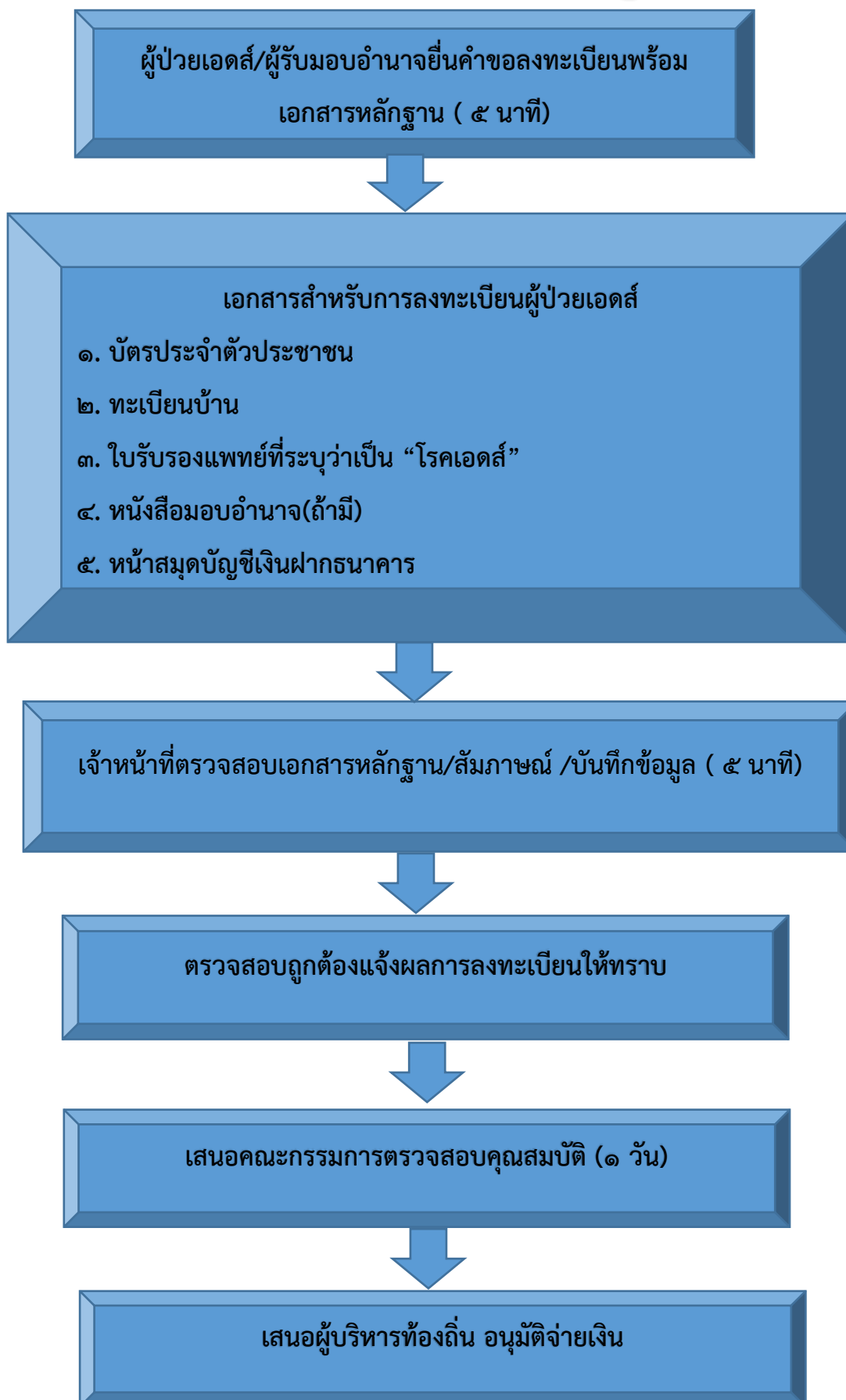
เทศบาลตำบลท่าเกษม จะจ่ายเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์เป็นประจำทุกเดือน ภายในวันที่
๑๐ ของทุกเดือน อัตรารายละ ๕๐๐ บาท ต่อเดือน



กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาในการปฏิบัติราชการ
การรับลงทะเบียนการขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์



การลงทะเบียนเด็กแรกเกิด

คุณสมบัติผู้ลงทะเบียน

ผู้ปกครอง

๑. เป็นบิดา มารดา หรือบุคคลอื่นที่ เป็นผู้เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
๒. เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วย
๓. อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำ (ครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท/คน/ปี)
๔. ผู้ปกครองโอนเงินผ่านบัญชีผูกบริการพร้อมเพย์ (PromptPay) ด้วยบัตรประจำตัวประชาชน

เด็กแรกเกิด

เด็กที่มีอายุไม่เกินหกปี มีสัญชาติไทย อาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำ และไม่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของหน่วยงานของรัฐ หรือเอกชนตามที่อธิบดีกรมกิจการเด็กและเยาวชน ประกาศกำหนด

ลงทะเบียนผ่านแอปพลิเคชันเงินเด็ก

❖ เอกสารประกอบการลงทะเบียนผ่านแอปพลิเคชันเงินเด็ก

ยื่นคำร้องของลงทะเบียนผ่านแอปพลิเคชันเงินเด็กโดยให้ยื่นยันตัวตนผ่านแอปพลิเคชัน D.DOPA ก่อน พร้อมแนบเอกสารในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ เพื่อเป็นหลักฐาน ดังต่อไปนี้

๑. หลักฐานในการรับรองสถานะของครัวเรือน พร้อมภาพถ่ายบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรหรือเอกสารอื่นใดที่แสดงสถานะหรือตำแหน่งของผู้รับรองคนที่ ๑ และคนรับรองคนที่ ๒ กรณีครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำที่สมาชิกมีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐทุกคน ยกเว้นเด็กแรกเกิด ไม่ต้องมีผู้รับรองสถานะของครัวเรือน

๒. ใบรับรองเงินเดือน หรือหนังสือรับรองรายได้ ของสมาชิกในครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำทุกคน กรณีเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท

**** การยืนยันตัวตนผ่านแอปพลิเคชัน D.DOPA นั้น จะต้องมีการพิสูจน์ตัวตน ก่อนในครั้งแรก ณ ที่ว่าการอำเภอ หรือ สำนักงานเขต****

ลงทะเบียน ณ หน่วยลงทะเบียน

ยื่นคำร้องขอลงทะเบียน ณ สำนักงานเทศบาลตำบลท่าเกษม ที่เด็กแรกเกิดได้อาศัยอยู่จริง โดยให้เจ้าหน้าที่นำเข้าสู่ข้อมูลผ่านระบบฐานข้อมูลโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

❖ เอกสารประกอบการลงทะเบียน ณ หน่วยรับลงทะเบียน

๑. แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.๐๑)
๒. แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒)
๓. สูติบัตรเด็กแรกเกิด
๔. บัตรประจำตัวประชาชนแบบอเนกประสงค์ (Smart Card) ของผู้ปกครอง
๕. ใบรับรองเงินเดือน หรือหนังสือรับรองรายได้ ของสมาชิกในครัวเรือนทุกคนที่ประกอบอาชีพเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท
๖. สำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรหรือเอกสารอื่นใดที่แสดงสถานะหรือตำแหน่งของผู้รับรองคนที่ ๑ และผู้รับรองคนที่ ๒

ผู้ปกครองที่มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดดำเนินการลงทะเบียนใช้บริการพร้อมเพย์ (PromptPay) โดยการผูกเลขประจำตัวประชาชนกับบัญชีเงินฝากธนาคาร(บัญชีออมทรัพย์) ของผู้ปกครองที่เป็นผู้ได้รับสิทธิ เพื่อใช้ในการรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดโดยตรง

กรณีผู้ปกครอง **ไม่มีสัญชาติไทย** ให้ได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย ธนาคารออมสิน หรือ ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร



“การจ่ายเงิน”

การจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดให้นับตั้งแต่เดือนที่ผู้ปกครองยื่นคำร้องขอลงทะเบียน โดยมีคุณสมบัติและหลักฐานครบถ้วน ในอัตรา ๖๐๐ บาท ต่อคน ต่อเดือน

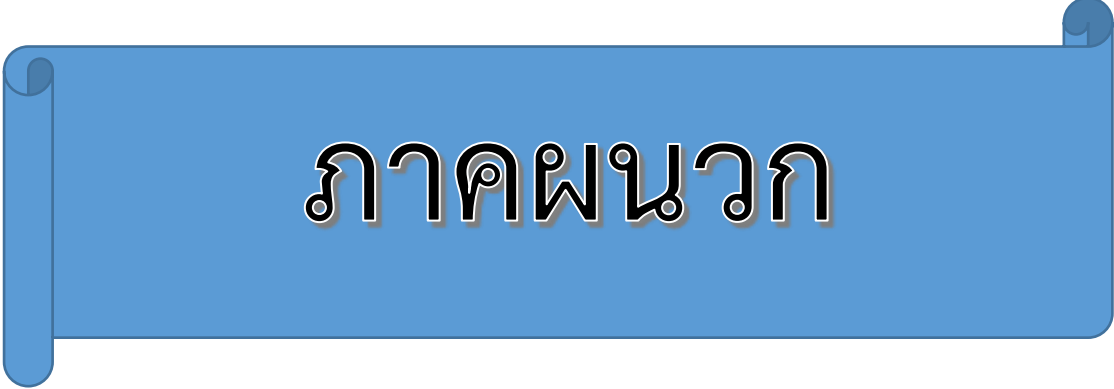
“การสิ้นสุดสิทธิในการรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด”

๑. เด็กแรกเกิดอายุครบหกปี
๒. เด็กแรกเกิดถึงแก่ความตาย
๓. ผู้ปกครองยื่นคำขอสละสิทธิ โดยมีหลักฐานชัดเจน
๔. ขาดคุณสมบัติตามระเบียบนี้
๕. ไม่สามารถดำเนินการจ่ายเงินตามข้อ ๑๘ (การตรวจสอบข้อเท็จจริงหรือมีหนังสือแจ้งแต่ไม่สามารถติดต่อผู้ปกครองที่มีสิทธิมายืนยันตัวตนกับเจ้าหน้าที่กรมกิจการเด็กและเยาวชนหรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดภายในระยะเวลาหกเดือน นับตั้งแต่วันที่ได้อนุมัติการจ่ายเงินงวดแรก)



กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- ระเบียบกรมกิจการเด็กและเยาวชน ว่าด้วยการจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด พ.ศ. ๒๕๖๒ แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕
- ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกเงินจากคลัง การรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน และการนำเงินส่งคลัง พ.ศ. ๒๕๖๒
- หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่กค ๐๔๐๒.๒/๑๖๕๘๙ ลงวันที่ ๗ กันยายน ๒๕๕๙ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดตามโครงการบูรณาการฐานข้อมูลสวัสดิการสังคม



ภาคผนวก

แบบยืนยันสิทธิเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแบบยืนยันสิทธิแทนผู้ยื่นคำขอ ฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น
 กับผู้สูงอายุที่ขอยืนยันสิทธิชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ)
 เลขที่ประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐ ที่อยู่.....
 โทรศัพท์

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....

วันที่ เดือน..... พ.ศ.

คำนำหน้านาม ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

ชื่อ..... นามสกุล.....

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

เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน/ชุมชน..... ตำบล ..ท่าเกษม.. อำเภอ เมืองสระแก้ว จังหวัด สระแก้ว

รหัสไปรษณีย์ 27000. โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

รายได้ต่อเดือน (ระบุ)..... บาท

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ

☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือกมา ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง

☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมเอกสารดังนี้

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอแทน)

☐ “ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ณ วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

☐ “ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นและยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางของรัฐ”

(ลงชื่อ)..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความคิดเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/ นาง/ นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ - - - - - - - - - - ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติยืนยันสิทธิครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ไม่ตรงตรวจสอบคุณสมบัติ ณ วันที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพ ☐ เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความคิดเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีตำบลท่าเกษม คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับยืนยันสิทธิ ☐ ไม่สมควรรับยืนยันสิทธิ..... กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง
คำสั่ง ☐ รับยืนยันสิทธิ ☐ ไม่รับยืนยันสิทธิ ☐ อื่นๆ..... (ลงชื่อ)..... (.....) นายกเทศมนตรีตำบลท่าเกษม วัน/เดือน/ปี.....	

ตัดตามรอยประให้ผู้สูงอายุที่ยืนยันแนบยืนยันสิทธิเก็บไว้.....

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

การยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการยืนยันสิทธิ โดยได้รับตั้งแต่เดือน

พ.ศ.....เป็นต้นไป

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ
 ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา- มารดา ☐ บุตร ☐ สามเ - ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ
 ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ / ผู้ดูแลคนพิการ)เลขที่ประจำตัวประชาชน
☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐-☐☐-☐ที่อยู่.....
โทรศัพท์

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่ เดือน..... พ.ศ.

ชื่อ..... นามสกุล.....

เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. อายุ.....ปี สัญชาติ..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน
 เลขที่..... หมู่ที่.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....ตำบล ..ท่าเกษม.. อำเภอ เมืองสระแก้ว จังหวัด สระแก้ว
 รหัสไปรษณีย์ 27000. โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ ☐ -☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการมองเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา☐ ความพิการทางการได้ยินหรือความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางออทิสติก☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมสถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยความพิการ ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่
 เมื่อ.....

☐ ได้รับเงินเบี้ยยังผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้พลัดถิ่น ☐ อื่นๆ.....☐ ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตัวเอง ☐ มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ ☐ ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้☐ มีอาชีพ (ระบุ)..... รายได้ต่อเดือน (ระบุ)..... บาท

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือกมา ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจผู้มีสิทธิ

พร้อมเอกสารดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

ธนาคาร..... สาขา..... เลขที่บัญชี

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

(.....)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความคิดเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ ดช./ดญ./นาย/นาง/นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐☐-☐☐☐-☐ ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่ผู้ลงทะเบียน	ความคิดเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีตำบลท่าเกษม คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง
คำสั่ง ☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่นๆ..... (ลงชื่อ)..... (.....) นายกเทศมนตรีตำบลท่าเกษม วัน/เดือน/ปี.....	

ตัดตามรอยประให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....

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

การลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ สามารถทำได้ในเดือนถัดไป หลังจากลงทะเบียน

ทะเบียนเลขที่ /

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

เฉพาะกรณีผู้ป่วยเอดส์มอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นคำขอลงทะเบียนแทนผู้ยื่นคำขอ ฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ

เกี่ยวข้องเป็น..... กับผู้ป่วยเอดส์ที่ลงทะเบียน

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ)เลขที่ประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

□ - □ □ □ □ - □ □ □ □ □ - □ □ - □ ที่อยู่.....

โทรศัพท์

ข้อมูลผู้ป่วยเอดส์

เขียนที่.....

วันที่ เดือน..... พ.ศ.

ชื่อ..... นามสกุล.....

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

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

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ □ - □ □ □ □ - □ □ □ □ □ - □ □ - □

สถานภาพ □ โสด □ สมรส □ หม้าย □ หย่าร้าง □ แยกกันอยู่ □ อื่นๆ (ระบุ).....

รายได้ต่อเดือน (ระบุ)..... บาท

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ

☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือกมา ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร..... สาขา..... เลขที่บัญชี

พร้อมเอกสารดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ ใบรับรองแพทย์ (จากโรงพยาบาลของรัฐ)

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ผู้ยื่นคำขอ

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

(.....)

(.....)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความคิดเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/น.ส. หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	ความคิดเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีตำบลท่าเกษม คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง
คำสั่ง ☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่นๆ..... (ลงชื่อ)..... (.....) นายกเทศมนตรีตำบลท่าเกษม วัน/เดือน/ปี.....	

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....
วันที่ เดือน..... พ.ศ.

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

ขอมอบอำนาจให้ นาย/นาง/นางสาว
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร..... เลขที่..... ออกให้ ณ
เมื่อวันที่..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการ..... แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ
ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้ เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ /ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)

