



คู่มือบริการประชาชน องค์การบริหารส่วนตำบลหายโสภ

- ◆ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- ◆ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ
- ◆ การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์



กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลหายโสภ
อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

โทร. 042-219248 Mail : Haisok2559@gmail.com

คำนำ

องค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก กองสวัสดิการสังคม งานพัฒนาชุมชนและสังคมสงเคราะห์มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้วยโอกาสทางสังคมในเขตพื้นที่ตำบลหายโศก และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลเหล่านี้ รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนคนพิการเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ และรับคำร้องผู้ป่วยเอดส์เพื่อรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพฯ ให้กับบุคคลดังกล่าว โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการรับเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548 ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2552 และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2553

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวกรวดเร็ว และถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าว องค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก จึงได้จัดทำคู่มือการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ การยื่นคำร้องเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ เพื่อใช้เป็นคู่มือสำหรับประชาชนผู้มีความประสงค์จะลงทะเบียนและยื่นคำขอ

องค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชน ที่มาขอรับบริการต่อไป

กองสวัสดิการสังคม

องค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก

สารบัญ

	หน้า
ความเป็นมาและความสำคัญในการจัดทำคู่มือ	1
คู่มือสำหรับประชาชน	
การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	2
➤ คุณสมบัติ	3
➤ ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	4
การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ	5
➤ ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ	6
คำชี้แจง	7
การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแบบขั้นบันได	10
วิธีการคำนวณ	11
การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ	12
ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ	13
การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ	14
ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	15
ภาคผนวก	16
แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการการรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ	17
แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการการรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ	18
แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการการรับขึ้นทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	19
แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	20
หนังสือมอบอำนาจ	22
แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ	23
แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์	25
แบบสอบถามเท็จจริงผู้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์	26
หนังสือมอบอำนาจ	28
หนังสือแสดงความประสงค์ในการขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์	29
หนังสือแสดงความประสงค์ในการขอสละสิทธิการรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ	30
หนังสือขอสละสิทธิ	32

ความเป็นมาและความสำคัญในการจัดทำคู่มือ

คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual) เป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่งในการทำงานทั้งระดับ หัวหน้างาน และผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นการจัดทำรายละเอียดของการทำงานในหน่วยงานนั้น ๆ อย่างเป็นระบบ และครบถ้วน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลายประการ เช่น การสอนงาน การตรวจสอบการทำงาน การควบคุมงาน การติดตามงานและการประเมินผลการปฏิบัติงาน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานขององค์กรเปรียบเสมือนแผนที่บอกเส้นทางการทำงานที่มีจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุด มีคำอธิบายตามที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานไว้ใช้อย่างมั่นใจ ไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการทำงาน การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานถือเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานตามแนวทางของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ที่มุ่งไปสู่การบริการคุณภาพทั่วทั้งองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ เพื่อให้การทำงานของส่วนราชการได้มาตรฐานเป็นไปตามเป้าหมาย ได้ผลิตผลหรือการบริการที่มีคุณภาพ เสร็จรวดเร็วทันตามกำหนดเวลานัดหมาย มีการทำงานปลอดภัย และไม่สร้างมลพิษแก่ชุมชน เพื่อบรรลุข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการดังกล่าว คู่มือการปฏิบัติงานของหน่วยงาน ดังนี้

1. เพื่อให้หน่วยงานมีการจัดทำคู่มือฯ เพื่อประกอบการปฏิบัติงานให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมถึงป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ สำหรับการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน เพื่ออธิบายขั้นตอนรายละเอียดของกระบวนการงานในความรับผิดชอบของ งานสวัสดิการและพัฒนาชุมชน ให้กับผู้ปฏิบัติงานทราบ และเข้าใจว่าควรปฏิบัติงานอย่างไร เมื่อใด กับใคร และควรทำอะไรก่อนและหลัง โดยมีเอกสารอ้างอิงในการปฏิบัติงาน
2. เพื่อให้การปฏิบัติงานของ งานสวัสดิการและพัฒนาชุมชน มีแนวทางการปฏิบัติเป็นตามมาตรฐาน และเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ได้ผลิตผลหรือการบริการที่มีคุณภาพ เสร็จรวดเร็วทันตามกำหนดเวลานัดหมาย
3. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงาน ด้านงานสวัสดิการและพัฒนาชุมชนหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานดังกล่าว รวมทั้งผู้ที่สนใจใฝ่รู้ได้ทราบแนวทางการปฏิบัติงานงานสวัสดิการและพัฒนาชุมชนและสามารถนำไปใช้เป็นสื่อในการติดต่อประสานงานได้
4. เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับผู้บริหารใช้ในการทบทวนและตรวจติดตามงานได้ทุกชั้นตอน

คู่มือสำหรับประชาชน

การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ให้ผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป ในปีงบประมาณถัดไป ให้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ตั้งแต่เดือน ตุลาคมจน ถึง เดือนกันยายน ของทุกปี ยกเว้น เดือนธันวาคม เป็นวัน รับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ เพื่อรับเงินในเดือนตุลาคม หรือหลังเดือนที่อายุ ครบ 60 ปี ในเดือนถัดไป แล้วแต่ กรณี

เราต้องไป
ลงทะเบียนผู้สูงอายุ




คุณสมบัติ

ของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

➡ ตรวจสอบคุณสมบัติของตนเอง ตามรายการดังนี้

- (1) มีสัญชาติไทย
- (2) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี (ตามทะเบียนบ้าน)
- (3) เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ใน ปีถัดไป (ปัจจุบัน อายุ 59 ปี บริบูรณ์และต้องเกิดก่อน 1 ตุลาคม)
- (4) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำหรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้น ผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

 **หมายเหตุ :** กรณีได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้วและได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี จะต้องมาขึ้นทะเบียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี อีกครั้งหนึ่งนับตั้งแต่วันที่ ย้ายเข้าแต่ไม่เกินเดือนกันยายนของปีนั้น ๆ

ทั้งนี้ ให้ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจาก องค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ในปีงบประมาณถัดไป **เพื่อใช้สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อเนื่อง...**



ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

“ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ”

ณ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก อำเภอบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี



เตรียมเอกสาร ดังนี้

1. บัตรประจำตัวประชาชน หรือ บัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
2. ทะเบียนบ้าน
3. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร สำหรับกรณีและผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุผ่านธนาคาร

หมายเหตุ : ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อที่ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบล หายโศก อำเภอบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ



คู่มือสำหรับประชาชน

การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ

ตรวจสอบคุณสมบัติของตนเอง ตามรายการดังนี้

- (1) มีสัญชาติไทย
- (2) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก อำเภอบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี (ตามทะเบียนบ้าน)
- (3) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- (4) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ



ตัวอย่างบัตรประจำตัวคนพิการ

หมายเหตุ : กรณีได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการอยู่แล้วและได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก อำเภอบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี จะต้องมาขึ้นทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ที่องค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก อำเภอบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี และให้ได้รับเบี้ยความพิการ จากองค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก อำเภอบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี ในเดือนถัดไป ทั้งนี้ต้อง ได้รับการยืนยันจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมที่จ่ายเงินเบี้ยความพิการให้ เพื่อไม่ให้เกิด ความซ้ำซ้อนในการจ่ายเบี้ยยังชีพของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งสองแห่ง **เพื่อใช้สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการต่อเนื่อง.....**

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ

“ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ”

ณ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก อำเภอบ้านฝ่อ จังหวัดอุดรธานี



เตรียมเอกสาร ดังนี้

1. บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการฉบับจริง
2. ทะเบียนบ้าน
3. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร สำหรับกรณี ที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผ่านธนาคาร

หมายเหตุ : กรณีที่คนพิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจ เป็นลายลักษณ์อักษร ให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทน แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและคนดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย คนพิการที่เป็นผู้สูงอายุสามารถลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ด้วย



คำชี้แจง

⇒ กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนา ไปอยู่ที่อื่นในระหว่างปีงบประมาณ โดยสิทธิในการรับเงินของผู้สูงอายุ จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุถึงสิ้นปีงบประมาณที่ได้ลงทะเบียนไว้ตามประกาศรายชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเพื่อเป็นการรักษาสหสิทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ลงทะเบียนนับตั้งแต่วันที่ย้าย แต่ไม่เกินเดือน พฤศจิกายน ของปีนั้น และให้ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ในปีงบประมาณ ถัดไปจากปีที่ย้ายออก เช่น

นาง ก. รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2563 ที่ อบต. หนูไก่อ (ที่เดิม) และ ภายหลังได้แจ้งย้ายที่อยู่ระหว่างปี เมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2563 มาอยู่ในพื้นที่ อบต. หายโคก อ.บ้านฝ้อ จ.อุดรธานี (ที่ใหม่) ซึ่ง นาง ก. ต้องมาขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุใหม่ที่ อบต. หายโคก อ.บ้านฝ้อ จ.อุดรธานี (ที่ใหม่) ไม่เกินเดือน พฤศจิกายน 2563 และ นาง ก. จะยังคงรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ที่ อบต. หนูไก่อ (ที่เดิม) อยู่ จนถึงเดือน กันยายน 2563 และจะมีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อเนื่อง ในปีงบประมาณ 2564 ที่ อบต. หายโคก อ.บ้านฝ้อ จ.อุดรธานี (ที่ใหม่) ในเดือน ตุลาคม 2563 เป็นต้นไป



⇒ **กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนา** คนพิการซึ่งได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนึ่งและย้ายภูมิลำเนาไปอยู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น หรือกรุงเทพมหานคร ให้คนพิการนั้นลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนมีภูมิลำเนา และให้ได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ในเดือนถัดไป **ทั้งนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ต้องได้รับการยืนยันจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมที่จ่ายเงินเบี้ยความพิการเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน** เช่น

นาง ก. รับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ ปีงบประมาณ 2563 ที่ อบต. หนูไก่ (ที่เดิม) และภายหลังได้แจ้งย้ายที่อยู่ระหว่างปี เมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2563 มาอยู่ในพื้นที่ อบต. หายโศก อ.บ้านผือ จ.อุดรธานี (ที่ใหม่) และในวันที่ 12 มีนาคม 2563 นาง ก. ได้มาขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพความพิการ ที่ อบต. หายโศก อ.บ้านผือ จ.อุดรธานี (ที่ใหม่) และจะมีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ ในเดือน เมษายน 2563 ที่ อบต. หายโศก อ.บ้านผือ จ.อุดรธานี (ที่ใหม่) เป็นต้นไป



ประกาศรายชื่อ

ผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ

บัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และคนพิการ ที่ได้มาลงทะเบียนในแต่ละเดือน เมื่อเสร็จสิ้นการลงทะเบียนในแต่ละเดือน องค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก จะปิดประกาศโดยเปิดเผยให้สาธารณชนทราบ ภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป และให้ผู้ที่ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพ มาตรวจสอบ รายชื่อ ตามประกาศ ณ องค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก อำเภอบ้านฝื่อ จังหวัดอุดรธานี ภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป

การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และคนพิการ

องค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก จะดำเนินการเบิกจ่ายเงินให้กับผู้สูงอายุและคนพิการที่มาขึ้นทะเบียนไว้แล้ว โดยจะเริ่มตั้งแต่เดือน ตุลาคม ปีถัดไป ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน โดยจะจ่ายเป็นเงินสดหรือโอนเข้าบัญชีธนาคาร ตามที่ได้แจ้งความประสงค์ไว้

ณ ปัจจุบัน องค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก ได้ดำเนินการตามโครงการบูรณาการฐานข้อมูลสวัสดิการสังคม (e-payment) โดยกรมบัญชีกลางเป็นผู้โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและเบี้ยความพิการโดยตรง และ**จะโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพทุกวันที่ 10 ของเดือน**



การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแบบขั้นบันได

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับในปัจจุบัน

การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพจะคิดในอัตราขั้นบันได

ขั้นบันได หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วง ๆ โดยเริ่มตั้งแต่อายุ 60 ปี

การคำนวณอายุสำหรับรับเบี้ยยังชีพจะคำนวณตามปีงบประมาณ

ไม่ใช่ปีปฏิทิน และไม่มีการเพิ่มอายุระหว่างปี

ขั้นบันได	ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนเงินที่ได้รับ / เดือน
ขั้นที่ 1	60-69	600
ขั้นที่ 2	70-79	700
ขั้นที่ 3	80-89	800
ขั้นที่ 4	90 ปีขึ้นไป	1,000



วิธีคำนวณอายุของผู้สูงอายุ

การนับอายุว่าจะอยู่ในขั้นที่เท่าไร ให้นำ ณ วันที่ 30 กันยายน เท่านั้น เช่น

1. นาง ข. เกิด 5 เมษายน 2489 ณ วันที่ 30 กันยายน 2559 นาง ข. จะอายุ 70 ปี หมายความว่า นาง ข. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ 700 บาท ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2559 ถึง เดือน กันยายน 2560 (ตลอดปีงบประมาณ 2560)
2. นาง ก. เกิด 30 กันยายน 2489 ณ วันที่ 30 กันยายน 2559 นาง ก. จะอายุ 70 ปี หมายความว่า นาง ก. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ 700 บาท ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2559 ถึง เดือนกันยายน 2560 (ตลอดปีงบประมาณ 2560)
3. นาง ค. เกิด 5 ตุลาคม 2489 ณ วันที่ 30 กันยายน 2559 นาง ค. จะอายุ 69 ปี หมายความว่า นาง ค. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ 600 บาท ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2559 ถึง เดือน กันยายน 2560 (ตลอดปีงบประมาณ 2560)

การนับรอบปีงบประมาณ คือ

วันที่ 1 ตุลาคม ของปี พ.ศ. ปัจจุบัน ถึง วันที่ 30 กันยายน ของปี พ.ศ. ถัดไป

ปีงบประมาณ 2560 จะเริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 30 กันยายน 2560

ปีงบประมาณ 2561 จะเริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2561

ปีงบประมาณ 2560 จะเริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2562

ปีงบประมาณ 2560 จะเริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2563

ปีงบประมาณ 2560 จะเริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2564



การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ

1. ตาย
2. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี
3. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
4. ขาดคุณสมบัติ

หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ

1. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง
2. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพหรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเป็นเงินสด ต้องมารับเงินให้ตรงตามวัน เวลา ที่องค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก ประกาศกำหนด
3. เมื่อย้ายภูมิลำเนาออกจากองค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ไปอยู่ ภูมิลำเนาอื่นต้องแจ้งข้อมูลให้องค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก ได้รับทราบ และต้องไปขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปใหม่ด้วยเพื่อรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง
4. ให้ผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ แสดงการมีชีวิตอยู่ต่อองค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
5. กรณีตาย ให้ผู้ดูแลหรือญาติของผู้สูงอายุ หรือคนพิการของผู้รับเงินเบี้ยยังชีพแจ้งการตาย ให้องค์การบริหารส่วนตำบลหายโศกได้รับทราบภายใน 7 วัน (พร้อมสำเนามรณะบัตร)



ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ

1. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสารรับรองสภาพความพิการ
2. ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานี หรือ ติดต่อที่ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี
ดำเนินการยื่นเอกสารให้ โดยเตรียมเอกสารดังต่อไปนี้
 - 2.1 เอกสารรับรองสภาพความพิการที่รับรองโดยแพทย์เฉพาะทาง (ฉบับจริง)
 - 2.2 รูปถ่าย ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป
 - 2.3 สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
 - 2.4 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
 - 2.5 ถ้าคนพิการมีผู้ดูแลให้นำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ดูแลคนพิการ อย่างละ 1 ฉบับ



การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ สามารถต่อได้ที่สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดอุดรธานี หรือ ติดต่อที่ติดต่อที่ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ดำเนินการยื่นเอกสารให้ โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

1. บัตรประจำตัวคนพิการฉบับเดิม
2. รูปถ่าย ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ 1 ฉบับ
4. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการ กรณีมีผู้ดูแล ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ 1 ฉบับ

การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ ผู้ดูแลผู้พิการคนเก่า และผู้ดูแลผู้พิการคนใหม่ ต้องไปติดต่อทำเรื่องเปลี่ยนแปลงที่สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานี พร้อมกันด้วยตนเอง โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

1. บัตรประจำตัวคนพิการฉบับเดิม
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ 1 ฉบับ
3. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนเดิม ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ 1 ฉบับ
4. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ 1 ฉบับ
5. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ จำนวน 1 ฉบับ
6. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้รับรอง (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ส.อบต. หรือ ข้าราชการ ระดับ 3 ขึ้นไป) จำนวน 1 ฉบับ



ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ ของ
องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548

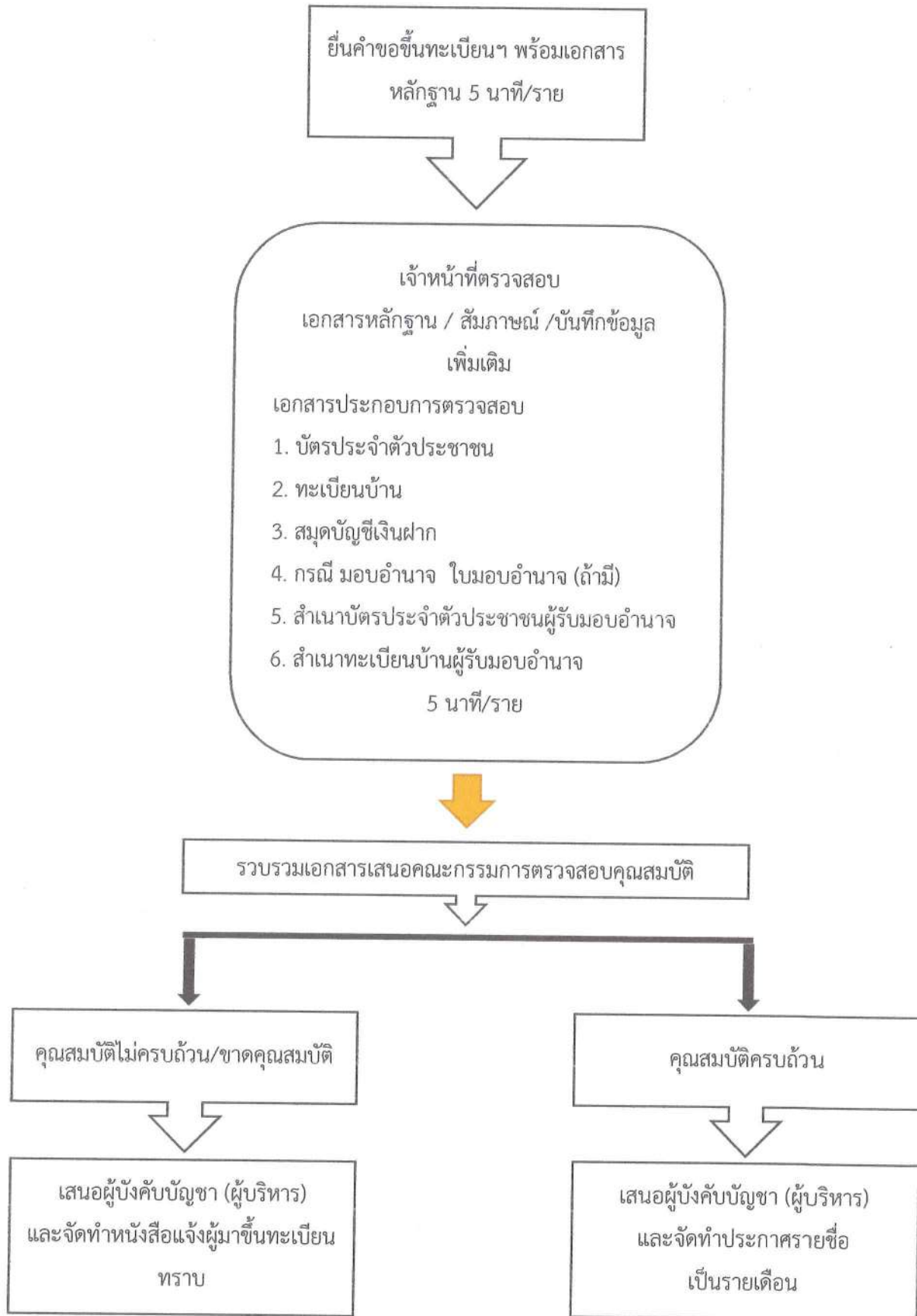
1. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ แพทย์ต้องระบุ “เอดส์” / “ผู้ป่วยเอดส์” เท่านั้น
2. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี
3. เป็นผู้มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้
4. การยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่นดังนี้
 - 4.1 ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ แพทย์ต้องระบุ “เอดส์” / “ผู้ป่วยเอดส์”
 - 4.2 บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
 - 4.3 ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
5. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะมอบอำนาจ ให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้
6. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด

ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่า “เอดส์” / “ผู้ป่วยเอดส์” เท่านั้น หากระบุว่า HIV เอชไอวี ผู้มีเชื้อเอชไอวี ภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือระบุ เป็นอย่างอื่น ถือว่าไม่เข้าหลักเกณฑ์การได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

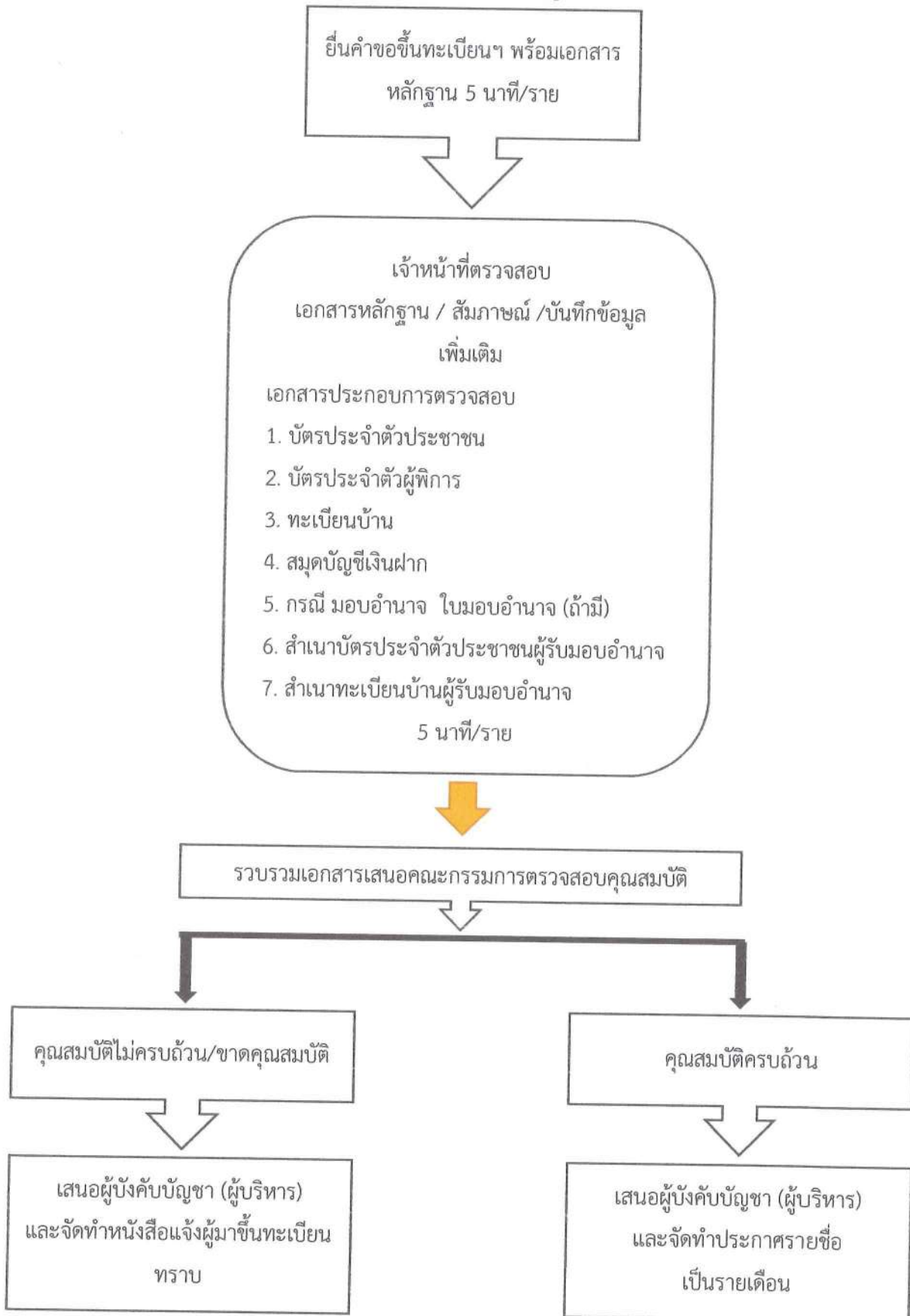


ภาคผนวก

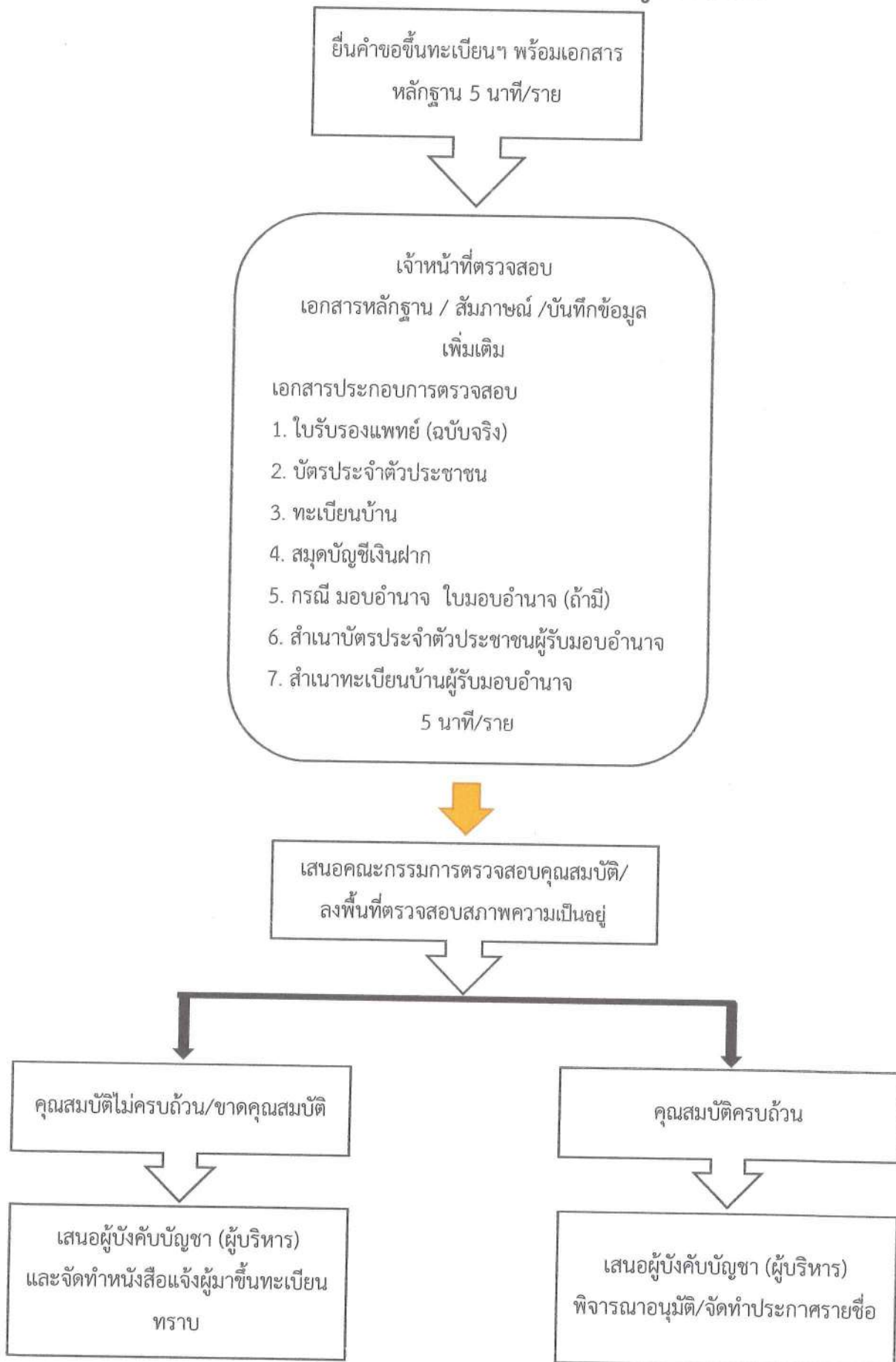
แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ



แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
การรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ



แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
การรับขึ้นทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์



แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ.....

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นคำขอลงทะเบียนแทน

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.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□□-□□□-□

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง

รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

บัญชีเลขที่..... ชื่อบัญชี.....

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

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ / ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ 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"/><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"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก..... (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (นางสาวสุภาภรณ์ ทองสุขโข) นักพัฒนาชุมชน กรรมการ (ลงชื่อ) (นางสาวพิชานก พรหมมา) ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม กรรมการ (ลงชื่อ) (นายถาวร สีหาไชย) รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล</p>
<p>คำสั่ง <input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... (ลงชื่อ) (นายสายันต์ บุญมาก) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก วัน/เดือน/ปี</p>	

ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนลำดับที่...../2563 เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วน และตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน ในอัตราแบบขั้นบันได ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน โดยได้รับเงินตั้งแต่เดือนเป็นต้นไป กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่น คำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ภายในกัณยายนของ ปีนั้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมจนสิ้นปีงบประมาณกับที่เดิม และรับเงินกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แห่งใหม่ในปีงบประมาณถัดไป

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

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่..... ออกให้ ณ เมื่อวันที่.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่..... ออกให้ ณ เมื่อวันที่.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน..... แทนข้าพเจ้า

“ทั้งในขณะที่ชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ

ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา - มารดา บุตร สามเ - ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ / ผู้ดูแลคนพิการ)

เลขประจำตัวประชาชน ---- ที่อยู่

..... โทรศัพท์

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่นๆ (ระบุ)

ชื่อ นามสกุล..... อายุ.....ปี

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. สัญชาติ..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน

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

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ / ประชาชน ที่ยื่นคำขอ ----

ประเภทความพิการ

 ความพิการทางการเห็น ความพิการทางสติปัญญา ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางออกทิสติก ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม พิกัดซ้ำซ้อน ไม่ระบุความพิการสถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

 ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ..... ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อื่นๆ (ระบุ) มีอาชีพ (ระบุ)..... รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....(บาท) มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

 รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ / ผู้ดูแล

บัญชีธนาคาร.....สาขา.....

เลขที่บัญชี.....ชื่อบัญชี.....

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

 สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร) หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่เป็นบุคคลที่อยู่ในอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย”

(ลงชื่อ)..... ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ / ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย / นาง / นางสาว /</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□ แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก.....</p> <p>(ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลหายโศก คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) (นางสาวสุภาภรณ์ ทองสุข) นักพัฒนาชุมชน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) (นางสาวพิชชาภา พรหมมา) ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) (นายถาวร สีหาไชย) รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....</p> <p>(ลงชื่อ) (นายสายันต์ บุญมาก) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก วัน/เดือน/ปี</p>	

ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนลำดับที่...../2563 เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563 โดยจะได้รับเงิน
เบี้ยความพิการ ตั้งแต่ เดือน..... ในอัตราเดือนละ 800 บาท ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน
กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น ก่อนการย้ายภูมิลำเนา คนพิการหรือญาติจะต้องแจ้งกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิม
ที่รับเงินเบี้ยความพิการอยู่นั้น แจ้งย้ายแล้วจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ภายในเดือนที่ย้าย เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่องจะได้รับเงินในเดือนถัดไป

(ลงชื่อ)

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

เบอร์โทร กองสวัสดิการสังคม อบต.หายโศก 042-219248

แบบคำขอรับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
องค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก อำเภอบ้านฝาง จังหวัดอุดรธานี

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก

ด้วย (นาย / นาง / นางสาว)..... อายุปี
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 มีชื่อในทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่..... บ้าน..... ตำบลหายโศก อำเภอบ้านฝาง จังหวัดอุดรธานี
 รหัสไปรษณีย์ 41160 เบอร์โทรศัพท์.....
 ขอแจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ **ผู้ป่วยเอดส์** ประจำปีงบประมาณ โดยขอให้
 รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

1. ที่พักอาศัย

- เป็นของตนเอง และมีลักษณะ ขำรุดทรุดโทรม ขำรุดทรุดโทรมบางส่วน มั่นคงถาวรดี
 เป็นของ (นาย / นาง / นางสาว)..... โดยเกี่ยวข้องเป็น.....

2. ที่พักอาศัย

- อยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง..... สามารถเดินทางได้
 สะดวก ลำบาก เนื่องจาก.....
 - อยู่ห่างจากชุมชน / หมู่บ้านเป็นระยะทาง..... สามารถเดินทางได้
 สะดวก ลำบาก เนื่องจาก.....
 - อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง..... สามารถเดินทางได้
 สะดวก ลำบาก เนื่องจาก.....

3. การพักอาศัย

- อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก..... มาเป็นเวลาประมาณ.....ปี
 พักอาศัยกับ.....รวม.....คน เป็นผู้ประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน
 มีรายได้รวม..... บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

4. รายได้ - รายจ่าย

มีรายได้รวม.....บาท / เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....
 นำไปใช้เป็นค่า.....
 บุคคลที่สามารถติดต่อได้ (นาย / นาง / นางสาว) บ้านเลขที่.....
 หมู่ที่..... บ้าน..... ตำบล..... อำเภอ.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์.....
 เกี่ยวข้องเป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

..... ผู้ให้ถ้อยคำ
 (.....)

แบบสอบถามเท็จจริง

ผู้รับบริการสงเคราะห์เป็ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยโศก อำเภอบ้านฝื่อ จังหวัดอุดรธานี

1. ลำดับที่..... 2. วัน/ เดือน / ปี ที่รับเรื่อง.....

3. ชื่อ-นามสกุล (ผู้รับบริการ) (นาย / นาง / นางสาว).....

4. วัน / เดือน /ปีเกิด..... 5. อายุ..... ปี 6. ระดับการศึกษา.....

7. บุคลิกภาพ ลักษณะของผู้รับบริการ

8. เชื้อชาติ ไทย อื่น ๆ ระบุ9. สัญชาติ ไทย อื่น ๆ ระบุ10. ศาสนา พุทธ อื่น ๆ ระบุ11. สถานภาพการสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง, แยกกันอยู่ อื่น ๆ ระบุ.....

12. ภูมิลำเนาเดิม บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

13. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

14. ประกอบอาชีพ..... 15. รายได้.....บาท/เดือน

16. ลักษณะที่อยู่อาศัย

 บ้านของตนเอง บ้านของบิดา - มารดา บ้านญาติ บ้านพักองค์กรเอกชน บ้านเช่า เช่าที่บุคคลอื่น อื่น ๆ ระบุ.....

สภาพภายในที่อยู่อาศัย

สภาพสิ่งแวดล้อม

17. สภาพครอบครัว.....

18. สมาชิกภายในครอบครัวคน

ลำดับ ที่	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เกี่ยวข้อง	การศึกษา	สุขภาพ	อาชีพ	รายได้ (บาท/เดือน)

19. เคยได้รับความช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพหรือไม่

ไม่เคย

เคยได้รับเงินเบี้ยยังชีพ ระบุ.....

20. การวินิจฉัยปัญหา.....

.....

21. ความเห็นของผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ บ้าน

- เห็นควรให้ความช่วยเหลือ โดยอาศัยระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้ถ้อยคำ
(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้รับรอง
(.....)

ตำแหน่ง ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่.....

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

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

ขอมอบอำนาจให้..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
 เลขที่..... ออกให้ ณ เมื่อวันที่.....
 อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... บ้าน..... ตรอก / ซอย.....
 ถนน..... แขวง / ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทร.....

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำขอรับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ
 ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้า ได้กระทำ
 ด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ..... พยาน
 (.....)

ลงชื่อ..... พยาน
 (.....)

หลักฐานประกอบ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
 สำเนาทะเบียนบ้าน
 เอกสารอื่น ๆ.....

หนังสือแสดงความประสงค์ในการขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

เขียนที่

วันที่ เดือน..... พ.ศ.

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลท่ายโคก

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า..... เป็นผู้ม้สิทธิได้รับการ
สงเคราะห์เงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ลำดับที่..... นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

() เป็นเงินสด

() โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้ม้สิทธิ ธนาคาร.....
สาขา..... เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

หนังสือแสดงความประสงค์ในการขอสละสิทธิ์
การรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

เขียนที่
วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก

ตามที่ องค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก ได้มีการอนุมัติและประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพ
ผู้สูงอายุ / เบี้ยความพิการ ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

อายุ..... ปี ที่อยู่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด..... เป็นผู้มิสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ..... นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการขอสละสิทธิ์การรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพดังกล่าว เนื่องจาก

- () ๑. มีผู้อุปการะเลี้ยงดู
- () 2. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้
- () 3. มีฐานะความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น
- () 4. ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น

- () 5. อื่นๆ.....

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2552 แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562 ข้อ 14 กรณีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุสิ้นสุดลง
ตาม ข้อ 14 (2) ขาดคุณสมบัติตามข้อ 6 (4) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ
รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ (ก) ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดใน
ลักษณะเดียวกัน กรณีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุดังกล่าวสิ้นสุดลง ให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นๆ ส่ง
ระงับการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุสำหรับบุคคลดังกล่าวทันที ซึ่งข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติ ตามข้อ 6 (4) ได้รับ
ทราบ และยินยอมให้องค์การบริหารส่วนตำบล.....เรียกเงินคืนกรณีขาดคุณสมบัติการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
ตั้งแต่วันที่สิทธิดังกล่าวสิ้นสุดลง อันถือเป็นลามิควรได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา ๔๐๖ เพื่อนำเงิน
จำนวนดังกล่าวส่งคืนคลังองค์การบริหารส่วนตำบล..... ทั้งจำนวน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้สละสิทธิรับเงินสงเคราะห์
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....พยาน
(.....) (.....)

ความเห็นของเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจหลักฐานแล้วเห็นสมควรดำเนินการ ดังนี้

ดำเนินการตามที่ยุ้ร้องขอ เสนอต่อ นายกองค้การบรหการส่วนต่าบลหายศอก

ไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

การพิจารณาของนายกองค้การบรหการส่วนต่าบล

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หนังสือขอสละสิทธิ

เขียนที่
วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลหายโศก

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....

ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่..... ออกให้ ณ.....

เมื่อวันที่..... อายุ..... ปี ที่อยู่..... หมู่ที่..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... เป็นผู้ม้สิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ
..... นั้น

ข้าพเจ้า..... มีความประสงค์ในการขอสละสิทธิ

รับเงินเบี้ยยังชีพ..... กับทางองค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก อำเภอบ้านผือ จังหวัด

อุดรธานี ตั้งแต่..... เป็นต้นไป

ลงชื่อ..... ผู้ขอสละสิทธิ
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)

ความเห็นของเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจหลักฐานแล้วเห็นสมควรดำเนินการ ดังนี้

- ดำเนินการตามที่ผู้ร้องขอ เสนอต่อ นายกองค้การบริหารส่วนตำบลหายโศก
- ไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

การพิจารณาของนายกองค์การบริหารส่วนตำบล

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

