



คู่มือการขอรับบริการ ของประชาชน

- การยืนยันสิทธิเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- การลงทะเบียนรับเบี้ยความพิการ
- การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์



โดย งานสวัสดิการและพัฒนาชุมชน
องค์การบริหารส่วนตำบลเจนีง
อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

คำนำ

สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลเนินยาง มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลเนินยาง และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลเหล่านี้ รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนผู้พิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ และรับคำร้องผู้ป่วยเอดส์เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้กับบุคคลดังกล่าวโดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๖ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๓๓ และแก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๔) พ.ศ.๒๕๖๒

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติหน้าที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็ว และถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าวขององค์การบริหารส่วนตำบลเนินยาง จึงได้จัดทำคู่มือการลงทะเบียน การยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนการยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ และยื่นคำร้องเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

องค์การบริหารส่วนตำบลเนินยาง หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิที่ตนพึงได้รับ รวมถึงทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการต่อไป

งานสวัสดิการและพัฒนาชุมชน
สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลเนินยาง

สารบัญ

หน้า

คำนำ

สารบัญ

คู่มือการให้บริการประชาชนการยืนยันสิทธิเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิยื่นคำขอยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑

คู่มือการให้บริการประชาชนการขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ

๒

ขั้นตอนการยืนยันสิทธิเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๓

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ

๓

คำชี้แจง

๔ - ๖

ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ

๗

ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๘

ภาคผนวก

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลา

- การยืนยันสิทธิเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

- การรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ

แบบฟอร์มการขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ

แบบฟอร์มการขึ้นทะเบียนผู้พิการ

หนังสือมอบอำนาจ

แบบฟอร์มการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

หนังสือมอบอำนาจยื่นรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

แบบคำขอรับการสงเคราะห์



คู่มือการให้บริการประชาชน การยืนยันสิทธิเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ

กำหนดให้ผู้สูงอายุรายใหม่ที่ยังไม่เคยลงทะเบียนมาก่อน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุครบ ๖๐ ปี บริบูรณ์แล้ว และผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ รวมทั้งผู้สูงอายุที่ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ยังไม่ได้ยื่นคำขอยืนยันสิทธิ ให้ยื่นคำขอยืนยันสิทธิขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุด้วยตนเอง หรือกรณีที่มีความจำเป็นที่ไม่สามารถยื่นคำขอยืนยันสิทธิด้วยตนเองได้ อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอยืนยันสิทธิขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนได้

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิยื่นคำขอยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ตรวจสอบดูคุณสมบัติของตนเองตามรายการดังนี้

ตรวจสอบคุณสมบัติ ตามรายการดังนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๓. เป็นผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ซึ่งได้ยื่นสิทธิขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๔. เป็นผู้ไม่มีรายได้หรือมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุกำหนด

หมายเหตุ : กรณีผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาและยังประสงค์รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุต้องดำเนินการยืนยันสิทธิ ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในปีงบประมาณที่ย้าย และเริ่มได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ในเดือนถัดไป



คู่มือการให้บริการประชาชน การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ

ผู้พิการ

ตรวจสอบคุณสมบัติ ตามรายการดังนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
๔. ไม่เป็น บุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

หมายเหตุ : กรณีได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการอยู่แล้วและได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ จะต้องมาขึ้นทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ และให้ได้รับเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ในเดือนถัดไป ทั้งนี้ต้องได้รับการยืนยันจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมที่จ่ายเบี้ยความพิการเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน



ขั้นตอนการยื่นยันสิทธิเพื่อรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม

การยื่นยันสิทธิเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑. บัตรประจำตัวประชาชนตัวจริง

๒. ทะเบียนบ้าน

๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (สำหรับกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

หมายเหตุ : ในกรณีที่ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมายื่นยันสิทธิด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอยื่นยันสิทธิเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับ งานสวัสดิการและพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลเนินยาง พร้อมบัตรประจำตัวประชาชน

**** สามารถขอรับแบบคำขอยื่นยันสิทธิเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและยื่นเอกสารประกอบได้ที่ งานสวัสดิการและพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลเนินยาง ****

**** ไม่มีค่าธรรมเนียมในการให้บริการ**

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงิน เบี้ยยังชีพความพิการ

ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ

๑. บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการฉบับจริง

๒. ทะเบียนบ้าน

๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (สำหรับกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการผ่านธนาคาร)

หมายเหตุ : ในกรณีคนพิการไม่สามารถลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทน แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและคนดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย

**** สามารถขอรับแบบคำขอขึ้นทะเบียนคนพิการ และยื่นเอกสารประกอบได้ที่ งานสวัสดิการและพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลเนินยาง ****

**** ไม่มีค่าธรรมเนียมในการให้บริการ**



คำชี้แจง

ผู้สูงอายุ/คนพิการ ที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพอยู่แล้วในพื้นที่อื่น ภายหลังได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลเจียง ให้มายืนยันสิทธิ/ขึ้นทะเบียน เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพต่อที่องค์การบริหารส่วนตำบลเจียง เพื่อรักษาสถานะในการรับเงินเบี้ยยังชีพในเดือนถัดไป

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ

ให้ผู้ที่ยืนยันสิทธิ/ขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพ มาตรวจสอบรายชื่อตามประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลเจียง ภายในวันที่ ๕ ของทุกเดือน

การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ

องค์การบริหารส่วนตำบลเจียงจะดำเนินการเบิกจ่ายเงินให้กับผู้สูงอายุและคนพิการที่ได้มาขึ้นทะเบียนไว้แล้ว โดยจะจ่ายเป็นเงินสดไม่เกินวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน

กรณีผู้ที่ประสงค์รับเงินผ่านบัญชีธนาคารกรมบัญชีกลางจะดำเนินการโอนเงินให้ไม่เกินวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน

ช่องทางการรับเงินเบี้ยยังชีพ

ผู้ประสงค์รับเงินผ่านธนาคาร

กรมบัญชีกลางจะโอนเข้าบัญชีธนาคารในนามผู้สูงอายุ คนพิการ หรือผู้รับมอบอำนาจ ไม่เกินวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน

ผู้ประสงค์รับเงินสด

รับเงินสดในนามผู้สูงอายุ คนพิการ หรือผู้รับมอบอำนาจ ที่งานสวัสดิการและพัฒนาชุมชนสำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลเจียง



การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับในปัจจุบัน การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ คิดในอัตราเบี้ยยังชีพแบบ “ขั้นบันได” หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วงๆ หรือเป็นขั้น ขึ้นไปเรื่อยๆ โดยเริ่มตั้งแต่อายุ ๖๐ ปี โดยคำนวณตามปีงบประมาณมิใช่ปีปฏิทิน และไม่มีการเพิ่มของอายุ ระหว่างปี

ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือนสำหรับผู้สูงอายุ (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

เบี้ยผู้สูงอายุ ๒๕๖๘ ได้รับเงินเมื่อไหร่

ผู้ที่ลงทะเบียนในเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน ๒๕๖๖ และเดือนมกราคม - กันยายน ๒๕๖๗ จะได้รับเงินตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ เป็นต้นไป คือช่วงเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน ๒๕๖๘

ส่วนจะได้รับในเดือนไหน อยู่ที่วันเกิดของผู้ลงทะเบียน โดยจะจ่ายให้ในเดือนถัดจากวันเกิด ๑ เดือน เช่น เกิดวันที่ ๒ – ๓๐ มกราคม ๒๕๐๘ จะได้รับเงินครั้งแรกในเดือน กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

ยกเว้น คนเกิดวันที่ ๑ จะได้รับเงินในเดือนเกิดนั้นเลย เช่น เกิดวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๐๘ จะได้รับเบี้ยผู้สูงอายุตั้งแต่เดือน มกราคม ๒๕๖๘



การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ

๑. ตาย
๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตองค์การบริหารส่วนตำบลเนินยาง
๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
๔. ขาดคุณสมบัติ

หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และคนพิการ

๑. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง
๒. กรณีผู้รับเบี้ยยังชีพ หรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเป็นเงินสด ต้องมารับเงินให้ตรงตามวัน เวลา ที่กำหนด
๓. เมื่อย้ายภูมิลำเนาจากองค์การบริหารส่วนตำบลเนินยาง ไปอยู่ภูมิลำเนาอื่นต้องแจ้งข้อมูล เพื่อให้องค์การบริหารส่วนตำบลเนินยางได้รับทราบ และดำเนินการจำหน่ายต่อไป
๔. กรณีตาย ให้ผู้ดูแลหรือญาติของผู้สูงอายุ หรือคนพิการของผู้รับเงินเบี้ยยังชีพแจ้งการตาย ให้องค์การบริหารส่วนตำบลเนินยางได้รับทราบ (พร้อมสำเนามรณบัตร) ภายใน ๗ วัน



ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ

๑. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสารรับรองความพิการ
๒. ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุรินทร์ โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้
 - ๒.๑ เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยแพทย์เฉพาะทาง (ตัวจริง)
 - ๒.๒ รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
 - ๒.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
 - ๒.๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
 - ๒.๕ ถ้าคนพิการมีผู้ดูแล ให้นำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ
๓. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอทำบัตรประจำตัวคนพิการ ให้นำหลักฐานตามข้อ ๒.๔ – ๒.๕ มาด้วย

การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

- การดำเนินการต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ สามารถทำได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุรินทร์ หรือองค์การบริหารส่วนตำบลเนินยาง โดยใช้เอกสารดังนี้
๑. บัตรประจำตัวคนพิการใบเดิม
 ๒. รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป
 ๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านอย่างละ จำนวน ๑ ฉบับ
 ๔. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการมีผู้ดูแล ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน อย่างละ ๑ ฉบับ และสำเนาทะเบียนบ้าน
 ๕. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการให้นำหลักฐานตามข้อ ๓ – ๔ มาด้วย



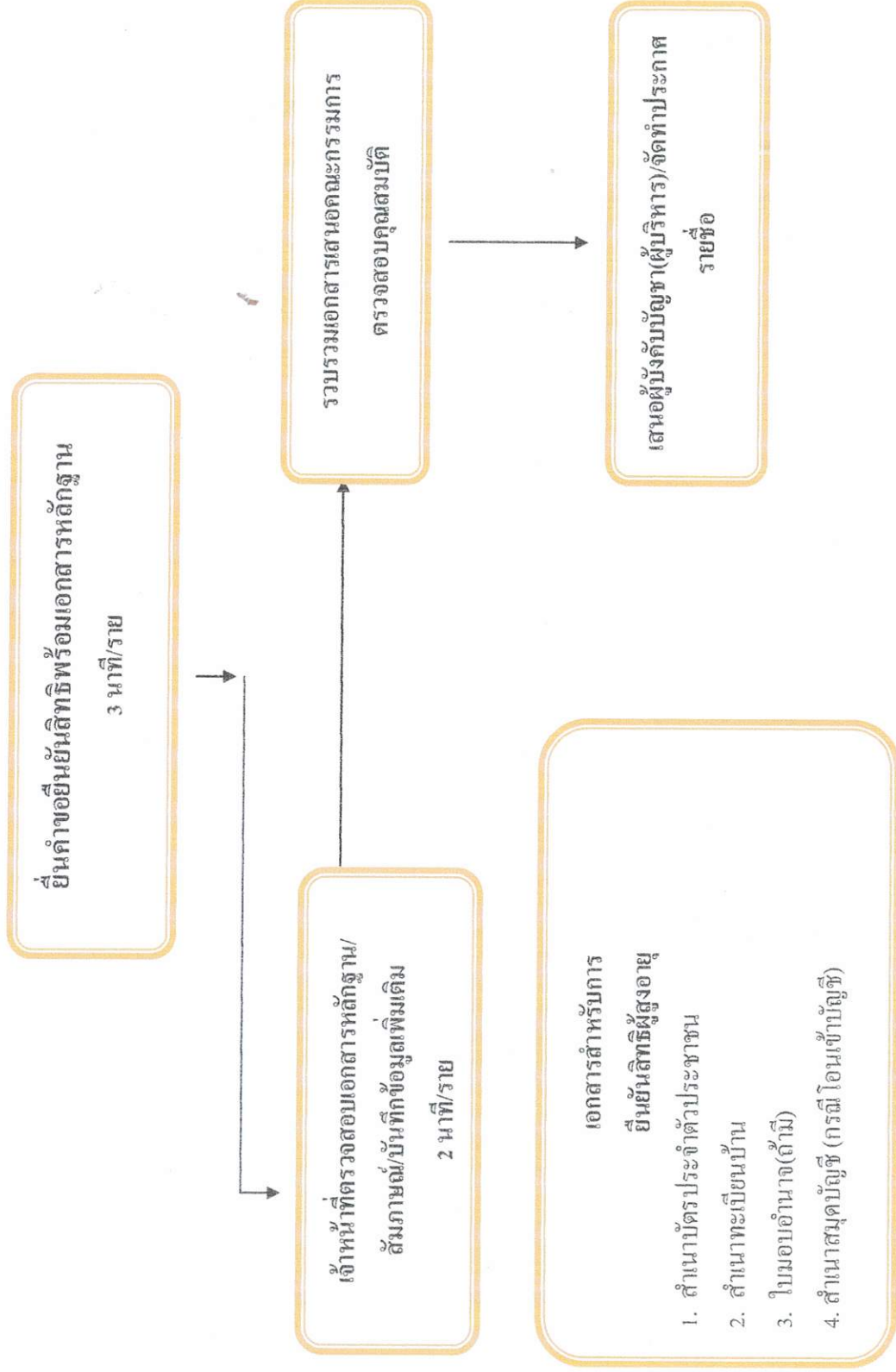
ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงิน สงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๑. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าเป็นโรคเอดส์จริง
๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลเนินยาง
๓. การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ งานสวัสดิการและพัฒนาชุมชน สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเนินยาง
 - ๓.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
 - ๓.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง
 - ๓.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง
๔. กรณีผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้
๕. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุ หรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการสามารถดำเนินการได้ทั้งหมด
๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้ว แล้วต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์จากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนาเท่านั้น
๗. กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้องแจ้งให้ส่วนงานสวัสดิการและพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลเนินยาง ทราบภายใน ๗ วัน

หมายเหตุ : ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่าเป็นโรคเอดส์ AIDS เท่านั้น หากระบุว่าป่วยเป็น HIV หรือภูมิคุ้มกันบกพร่องจะไม่เข้าหลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์

ภาคผนวก

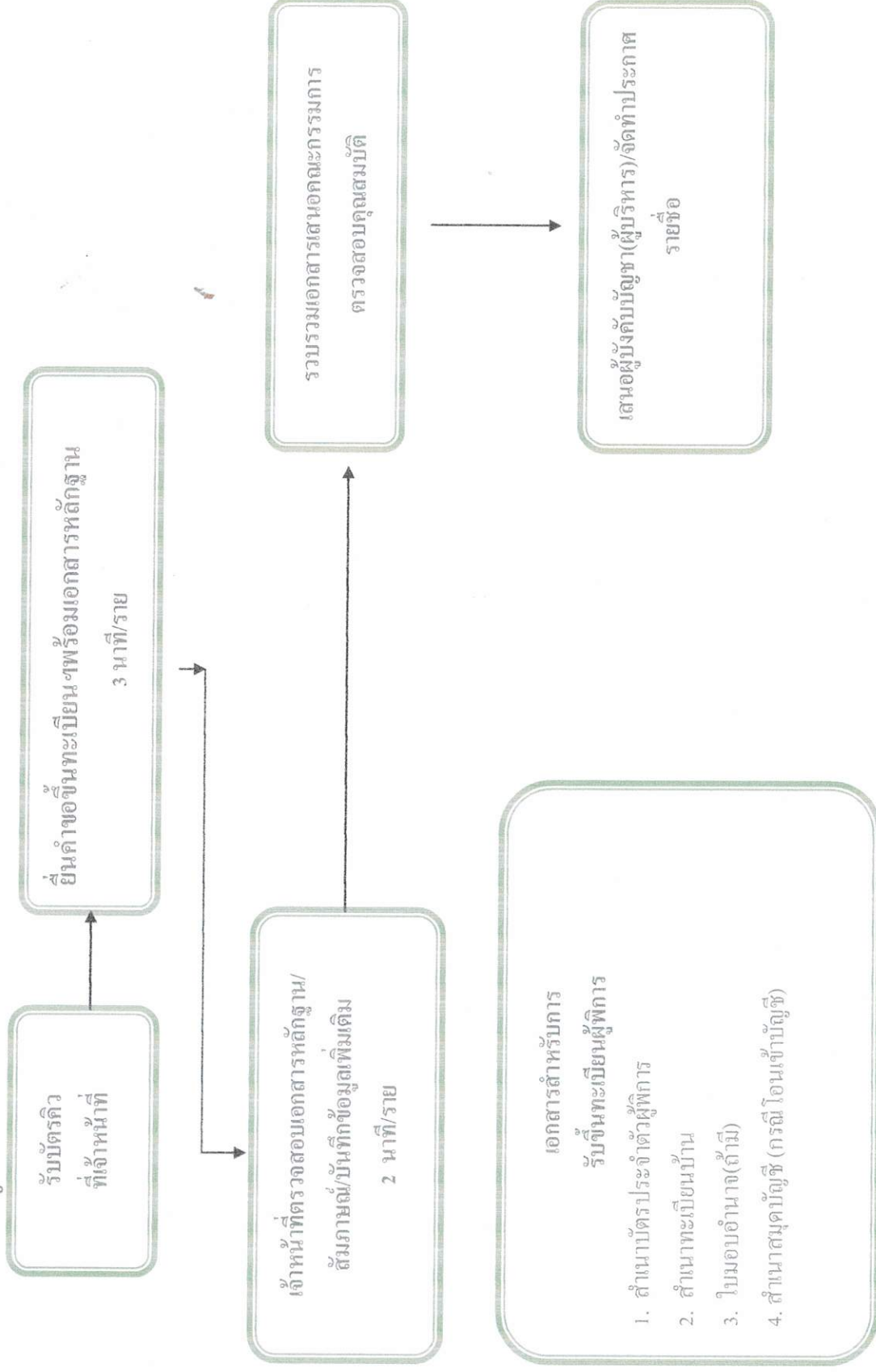
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลา
(การยื่นยัณสิทธิเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ)



ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ เดิม 10 นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด 3-5 นาที/ราย

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะ

(การรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ)



แบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแบบยืนยันสิทธิ

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น กับผู้สูงอายุที่ขอยืนยันสิทธิ
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.....ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

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

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

โทรศัพท์.....

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

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

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

มีความประสงค์ □ ขอยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย
ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖)

□ ไม่ขอรับสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

□ รับเงินสดด้วยตนเอง

□ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

□ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ □ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

□ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

□ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

□ “ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ณ วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”□ “ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง □ หน้าข้อความที่

ความเห็นเจ้าหน้าที่ เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว / หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ - ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ - ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ - ☐ ☐ - ☐ แล้ว ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติยืนยันสิทธิครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่รอตรวจสอบคุณสมบัติ ณ วันที่มีสิทธิได้รับ เงินเบี้ยยังชีพ ☐ เป็นผู้ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเนินง คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับยืนยันสิทธิ กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)
---	--

คำสั่ง
☐ รับยืนยันสิทธิ ☐ ไม่รับยืนยันสิทธิ ☐ อื่นๆ.....
.....
(ลงชื่อ)
นายก เทศมนตรี/นายก อบต.
วัน/เดือน/ปี

ตัดตามรอยเส้นประให้ผู้สูงอายุที่ขอยืนยันสิทธิการขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเก็บไว้เพื่อเป็นหลักฐานการยืนยันสิทธิ

ยื่นแบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.
การยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะ
ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการยืนยันสิทธิ โดยได้รับ
ตั้งแต่เดือน..... พ.ศ.เป็นต้นไป

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย / นาง / นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - - ☐ เป็นผู้สมัครคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติเนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเนินยาง คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) () กรรมการ (ลงชื่อ) () กรรมการ (ลงชื่อ) ()
คำสั่ง ☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่นๆ..... (ลงชื่อ) (นายเดล เกษอินทร์) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเนินยาง วัน/เดือน/ปี	

ติดตามรอยเส้นประให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ เดือน.....พ.ศ. โดยจะได้รับเงิน

เบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.ถึงเดือน.....พ.ศ.ในอัตราเดือนละ

๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับ

เงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ทันที และแจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมที่ได้รับ

เบี้ยยังชีพทราบ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสติให้ต่อเนื่อง

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พศ.

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

เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

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

เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน.....แทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

ผู้ยื่นคำขอฯ ☐ แจ้งด้วยตนเอง

☐ ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ

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

เกี่ยวข้องโดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ อื่นๆ

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

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

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้

มีสิทธิ พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

(.....)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

เรียน คณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □ - □□□□ - □□□□□ - □□ - □ แล้ว

☐ เป็นผู้ที่มีสิทธิครบถ้วน

☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลเนียง

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

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

กรรมการ

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

กรรมการ

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

กรรมการ

คำสั่ง

☐ รับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน

☐ อื่นๆ.....

(.....)

นายกองค้การบริหารส่วนตำบล.....

..... / /

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

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

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำ
ด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หนังสือมอบอำนาจยื่นรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

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 รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ “ทั้งในขณะมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว”
จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงกรมมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วย
ตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล.....

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ..... ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ถนน.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... ขอแจ้งความ

ประสงค์ ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติมดังนี้

1. ที่พักอาศัย () เป็นของตนเอง

และมีลักษณะ () ชำรุดทรุดโทรม () ชำรุดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวร

() เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

3. การพักอาศัย

() อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....

() พักอาศัยกับ รวมคน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

4. รายได้ - รายจ่าย

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....สถานที่ติดต่อเลขที่.....

ถนน.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....

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

โทรศัพท์.....โทรสาร.....เกี่ยวข้องกับ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ

ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

