



คู่มือการปฏิบัติงานเบี้ยยังชีพ

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ
การยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ



นางกนกธร สายสุวรรณ์ ตำแหน่ง นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ
งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยชะยุ้ง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
โทรศัพท์ 045-431458

คำนำ

องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยชะยุ้ง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาส ทางสังคมและส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลเหล่านี้ รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการรับลงทะเบียน ผู้สูงอายุเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนผู้พิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ และรับคำร้อง ผู้ป่วยเอดส์เพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้กับบุคคล ดังกล่าวโดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548 ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุของ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์ การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติ ที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวกรวดเร็วและถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าว จึงได้จัดทำคู่มือการลงทะเบียน และ ยื่นคำขอรับรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยคนพิการและยื่นคำร้องเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ขึ้นมา

องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยชะยุ้ง หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิที่ตนพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการต่อไป

นางกนกธร สายสุวรรณ
นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ

ความเป็นมาและความสำคัญในการจัดทำข้อมูล

คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual) เป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่งในการทำงาน ทั้งระดับหัวหน้างาน และผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นการจัดทำรายละเอียดของการทำงานในหน่วยงานนั้น ๆ อย่างเป็นระบบ และครบถ้วน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลายประการ เช่น การสอนงานการ ตรวจสอบการทำงาน การควบคุมงาน การติดตามงานและการประเมินผลการปฏิบัติงาน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานขององค์กร เปรียบเสมือนแผนที่บอกเส้นทางการทำงาน ที่มีจุดเริ่มต้น และจุดสิ้นสุด มีคำอธิบายตามที่จำเป็นเพื่อให้ ผู้ปฏิบัติงาน ใ้ใช้อ้างอิง ไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการทำงาน การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานถือเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการ สร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานตามแนวทางของ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ที่มุ่งไปสู่ การบริการคุณภาพทั่วทั้งองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ เพื่อให้การทำงานของส่วนราชการได้ มาตรฐานเป็นไป ตามเป้าหมายได้ผลิตผลหรือการบริการที่มีคุณภาพเสร็จรวดเร็วทันตามกำหนดเวลา เพื่อบรรลุ ข้อกำหนดที่สำคัญ ของกระบวนการดังกล่าว คู่มือการปฏิบัติงานของหน่วยงานมีความสำคัญดังนี้

เพื่อให้หน่วยงานมีการจัดทำคู่มือฯ เพื่อประกอบการปฏิบัติงานให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมถึง ป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สำหรับการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานเบี่ยงชีพ เพื่ออธิบายขั้นตอนรายละเอียดของกระบวนการงาน ในความรับผิดชอบของงานพัฒนาชุมชน ให้ผู้ปฏิบัติงานทราบและ เข้าใจว่าควรปฏิบัติงานอย่างไร เมื่อใด กับใคร และควรทำอะไรก่อนและหลัง โดยมีเอกสารอ้างอิงในการปฏิบัติงาน

เพื่อให้การปฏิบัติงานของงานพัฒนาชุมชน มีแนวทางการปฏิบัติเป็น ตามมาตรฐาน และเป็นไป ตามเป้าหมายที่กำหนด ได้ผลิตผลหรือการบริการที่มีคุณภาพ เสร็จ รวดเร็วทันตามกำหนดเวลานัดหมาย

เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานด้านพัฒนาชุมชนหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานดังกล่าว รวมทั้งผู้ที่สนใจใฝ่รู้ได้ทราบ แนว ทางการปฏิบัติงานของงานพัฒนาชุมชนฯ และสามารถนำไปใช้เป็นสื่อในการติดต่อประสานงาน เพื่อเป็น พื้นฐาน สำหรับผู้บริหารใช้ในการทบทวนและตรวจติดตามงานได้ทุกขั้นตอน

การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ให้ผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
ในปีงบประมาณถัดไป ลงทะเบียนและยื่นคำ
ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ตั้งแต่เดือนตุลาคม
ถึง เดือนพฤศจิกายน และเดือนมกราคมถึงเดือนกันยายน
ของทุกปี



คุณสมบัติของผู้มีสิทธิลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

- (1) มีสัญชาติไทย
- (2) มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยชะยุ้ง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี (ตามทะเบียนบ้าน)
- (3) เป็นผู้มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ใน ปีถัดไป (ปัจจุบัน อายุ 59 ปี บริบูรณ์และต้องเกิดก่อน 2 กันยายน)

หมายเหตุ : กรณีได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้วและได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลห้วยชะยุ้ง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จะต้องมาลงทะเบียนที่องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยชะยุ้ง อีกครั้งหนึ่งนับตั้งแต่วันที่ย้ายเข้าแต่ไม่เกินเดือนกันยายนของปีนั้น ๆ ทั้งนี้ ให้ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจาก องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยชะยุ้ง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในปีงบประมาณถัดไป เพื่อใช้สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพต่อเนื่อง...



ขั้นตอนการลงทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

“ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ”

ณ งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยชะยุ้ง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

เตรียมเอกสาร ดังนี้

- *** บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตร อื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
- *** ทะเบียนบ้าน
- *** สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (เฉพาะหน้าที่แสดง ชื่อ และเลขที่บัญชี)

หมายเหตุ : ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อื่น เป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับ องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยชะยุ้ง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พร้อมเอกสารบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ



คุณสมบัติของผู้มีสิทธิลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ

การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ มีคุณสมบัติดังนี้

1. มีสัญชาติไทย
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยชะยุ้ง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี (ตามทะเบียนบ้าน)
3. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ (ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ)

ตัวอย่างบัตรประจำตัวคนพิการ



หมายเหตุ : กรณีได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการอยู่แล้วและได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยชะยุ้ง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จะต้องมาขึ้นทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการที่องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยชะยุ้ง อำเภอวารินชำราบ และให้ได้รับเบี้ยความพิการจากองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยชะยุ้ง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในเดือนถัดไป ทั้งนี้ต้องได้รับการยืนยันจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมที่จ่ายเงินเบี้ยความพิการให้ เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนในการจ่ายเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งสองแห่งเพื่อใช้สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพต่อเนื่อง.....

ขั้นตอนการลงทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ

“ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ”

ณ งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยชะยุ้ง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

*** บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับจริง ***

*** ทะเบียนบ้าน

*** สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (เฉพาะหน้าที่แสดง ชื่อ และเลขที่บัญชี)

หมายเหตุ : กรณีที่คนพิการไม่สามารถลงทะเบียนด้วยตนเองอาจมอบอำนาจ เป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทน แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและคนดูแลคนพิการไป แสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย คนพิการที่เป็นผู้สูงอายุสามารถลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ด้วย



ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและเบี้ยคนพิการ

ให้ผู้ที่ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ มาตรวจสอบรายชื่อ ตามประกาศ ณ องค์การบริหารส่วนตำบล ห้วยชะยุ้ง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ภายในวันที่ 30 กันยายน ของทุกปี

ให้ผู้ที่ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพคนพิการ มาตรวจสอบรายชื่อ ตามประกาศ ณ องค์การบริหารส่วนตำบล ห้วยชะยุ้ง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ภายในวันที่ 30 ของทุกเดือน

การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ กรมบัญชีกลางจะดำเนินการเบิกจ่ายเงินให้กับผู้สูงอายุลงทะเบียนไว้แล้ว (รายใหม่) โดยจะเริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม ปีถัดไป โดยจะจ่ายให้หลังเดือนเกิดของผู้สูงอายุ และคนพิการที่มาลงทะเบียนไว้แล้ว(รายใหม่) โดยจะเริ่มจ่ายเดือนถัดไป จะจ่ายด้วยวิธีโอนเข้าบัญชีธนาคาร ตามที่ได้แจ้งความประสงค์ไว้



กำหนดวันจ่ายเบี้ยยังชีพ ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน
(ตามความเหมาะสม) ช่องทางการรับเงินเบี้ยยังชีพ

ผู้ประสงค์รับเงินผ่านธนาคาร

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร สาขาใดก็ได้ ใน
นามผู้สูงอายุ / ผู้พิการ หรือผู้รับมอบอำนาจ

ผู้ประสงค์รับเงินสด

รับเงินสดในนามผู้สูงอายุ/คนพิการ
หรือผู้รับมอบอำนาจ



การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแบบขั้นบันได

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับในปัจจุบัน การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพจะคิดในอัตราขั้นบันไดขั้นบันได หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วงๆ โดยเริ่มตั้งแต่อายุ 60 ปี การคำนวณอายุสำหรับรับเบี้ยยังชีพจะคำนวณตามปีงบประมาณไม่ใช่ปีปฏิทินและไม่มีการเพิ่มอายุระหว่างปี

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



การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ

1. ตาย
2. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขต องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยชะยุ้ง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
3. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
4. ขาดคุณสมบัติ

หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ

1. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง
2. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพหรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเป็นเงินสด ต้องมารับเงินให้ตรงตาม วัน เวลา ที่ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยชะยุ้งกำหนด
3. เมื่อย้ายภูมิลำเนาออกจาก องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยชะยุ้ง ไปอยู่ภูมิลำเนาอื่นต้องแจ้งข้อมูลให้ องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยชะยุ้งได้รับทราบและต้องไปขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ย้ายเข้าไปใหม่ด้วยเพื่อรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง



ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ

1. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสารรับรองสภาพความพิการ
2. ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด อุบลราชธานี หรือ ติดต่อทีมงานพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยชะยุ้ง 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 ถ้าคนพิการมีผู้ดูแล ให้นำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ดูแล คนพิการอย่างละ 1 ฉบับ



ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548

1. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ แพทย์ต้องระบุ “เอดส์” / “ผู้ป่วยเอดส์” เท่านั้น
2. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยชะยุ้ง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
3. เป็นผู้มิรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถ ประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้
4. การยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยชะยุ้ง โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่นดังนี้
 - 3.1 ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ แพทย์ต้องระบุ “เอดส์” / “ผู้ป่วยเอดส์”
 - 3.2 บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง
 - 3.3 ทะเบียนบ้านฉบับจริง
5. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้
6. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถดำเนินการได้ ทั้งหมด

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



ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ลงทะเบียน
ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ)เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
□-□□□□-□□□□□□-□□-□ ที่อยู่.....
.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ นามสกุล.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนา
ทะเบียนบ้านเลขที่หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ ซอยถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดรหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์.....

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

สถานภาพสมรส □ โสด □ สมรส □ หม้าย □ หย่าร้าง □ แยกกันอยู่ □ อื่น ๆ

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

- ☐ ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์
☐ ได้รับเงินเบี้ยความพิการ ☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

- ☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- ☐ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☐ ทะเบียนบ้าน
☐ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
☐ บัญชีเงินฝากธนาคารบัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

☐ “ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ณ วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และ
ขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

☐ “ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และ
ยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□ แล้ว ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติในการลงทะเบียนครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ไม่ตรงคุณสมบัติ ณ วันที่มีสิทธิได้รับ เงินเบี้ยยังชีพ ☐ เป็นผู้ที่ไม่ตรงคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายก เทศมนตรี/อบต. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)
คำสั่ง ☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่น ๆ..... (ลงชื่อ) นายก เทศมนตรี/นายก อบต. วัน/เดือน/ปี	

ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บเพื่อเป็นหลักฐานการลงทะเบียน.....

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและตาม
ช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน โดยได้รับตั้งแต่เดือน.....พ.ศ. เป็นต้นไป กรณีผู้สูงอายุย้าย
ภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่นับตั้งแต่วันที่ย้ายแต่ไม่เกิน
เดือนพฤศจิกายนของปีนั้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้เบี้ยผู้สูงอายุ ณ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเดิมจนสิ้นปีงบประมาณที่ได้ลงทะเบียนไว้ และรับที่องค์
การบริหารส่วนท้องถิ่นใหม่ในปีงบประมาณถัดไป

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

ข้อมูลคนพิการ

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

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

ชื่อ.....นามสกุล.....

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

เลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย..... ถนน..... หมู่บ้าน/ชุมชน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ -

ประเภทคนพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้

☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางออทิสติก

☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่เมื่อ.....

☐ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ อื่นๆ (ระบุ)

☐ ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเอง ☐ มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ ☐ ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

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

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕..... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร..... สาขา..... เลขบัญชี --

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ เอาเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้รับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินฝากธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

(.....)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน นาย / นาง / นางสาว / หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน แล้ว ☐ ☐ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรี / นายก อบต..... คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบแล้วมี ความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)
คำสั่ง ☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่น ๆ (ลงชื่อ) นายกเทศมนตรี / นายก อบต. วันที่ / เดือน / ปี	

(ติดตามรอยเส้นประให้ผู้พิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....

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

การลงทะเบียนครั้งนี้เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕..... โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยความพิการ
ตั้งแต่ เดือน..... ในอัตราเดือนบาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีผู้พิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่
ที่อื่น จะต้องไป ลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ทั้งนี้เพื่อเป็นการ เพื่อรักษาสีทึให้
ต่อเนื่อง

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน.....

ด้วยข้าพเจ้า.....นามสกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....
เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... อายุ.....ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....
ถนน..... ตรอก/ซอย..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดย
ขอให้รายละเอียดเพิ่มเติมดังนี้

1. ที่พักอาศัย

- () เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ชำรุดทรุดโทรมมาก () ชำรุดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวรดี
() 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.....รวม.....คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน
มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ เนื่องจาก.....

4. รายได้ - รายจ่าย

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....
นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....เลี้ยงชีพ และค่ายา.....
บุคคลที่สามารถติดต่อได้ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
สถานที่ติดต่อเลขที่.....ถนน.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
เกี่ยวข้องกับ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....ผู้ให้ถ้อยคำ
(.....)

ตัวอย่างแบบฟอร์ม
ใบสอบประวัติผู้ป่วยโรคเอดส์

1. ชื่อ..... นามสกุล.....

2. เพศ () ชาย () หญิง

3. อายุ.....ปี

4. ที่อยู่

4.1 อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

4.2 ธรรมเนียมในการครอบครอง

() เป็นของตนเอง () อาศัยอยู่ () อื่นๆ (ระบุ).....

5. สถานภาพการสมรส

() โสด () สมรสอยู่ด้วยกัน () สมรสแยกกันอยู่ () หม้ายหย่าร้าง () หม้ายคู่สมรสเสียชีวิต

6. จำนวนบุตร.....คน (มีชีวิตอยู่.....คน)

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่	อาชีพ	รายได้

7. อาชีพปัจจุบัน.....รายได้ปัจจุบัน.....บาท/เดือน

ที่มาของรายได้.....

8. ระดับการศึกษา.....

9. ความคิดเห็นของผู้สัมภาษณ์.....

.....

(ลงชื่อ).....ผู้สัมภาษณ์

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หนังสือมอบอำนาจ

ที่
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่..... ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ต.รอก/ซอย.....ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่..... ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ต.รอก/ซอย.....ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
เป็นผู้มีอำนาจ.....แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่า ข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเอง
ทั้งสิ้นเพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

