







คู่มือการปฏิบัติงานเบี้ยยังชีพ

-  การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
-  การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ
-  การยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
-  ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ



องค์การบริหารส่วนตำบลหาดพันไกร อำเภอเมืองชุมพร จังหวัดชุมพร
สำนักปลัด งานพัฒนาชุมชน โทรศัพท์ ๐๗๗-๖๕๙๐๓๗ โทรสาร ๐๗๗-๖๕๙๐๓๗

คำนำ

องค์การบริหารสวนตำบลหาดพันไกร อำเภอเมืองชุมพร จังหวัดชุมพร มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับ ผู้ด้อยโอกาส ทางสังคมและส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลเหล่านี้ รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการรับ ลงทะเบียน ผู้สูงอายุเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การรับลงทะเบียนผู้พิการ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ และรับคำร้องผู้ป่วยเอดส์เพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้กับบุคคลดังกล่าว โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วย หลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์ การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็วและถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าว จึงได้จัดทำคู่มือการลงทะเบียน และยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ และยื่นคำร้องเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

องค์การบริหารสวนตำบลหาดพันไกร หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเปนส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุคนพิการและผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิที่ตนพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการต่อไป

งานพัฒนาชุมชน
องค์การบริหารสวนตำบลหาดพันไกร

สารบัญ

	หน้า
ความเป้นมาและความสำคัญในการจัดทำคู่มือ	๑
คู่มือสำหรับประชาชนการขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๒
คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๓
ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๔
คู่มือสำหรับประชาชนการขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ	๕
ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ	๖
คำชี้แจง	๗
ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ	๑๓
ขอแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	๑๖
ภาคผนวก	
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ	
-การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ	
-การรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ	
-การรับขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์	
แบบฟอร์มการขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ	
แบบฟอร์มการขึ้นทะเบียนผู้พิการ	
หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์	
แบบคำขอขอรับการสงเคราะห์หนังสือมอบอำนาจ	
หนังสือรับรองการมีชีวิต	
สารพันคำถาม	

ความเป็นมาและความสำคัญในการจัดทำคู่มือ

คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual) เป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่งในการทำงาน ทั้งระดับหัวหน้างานและผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นการจัดทำรายละเอียดของการทำงานในหน่วยงานนั้น ๆ อย่างเป็นระบบและครบถ้วนสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลายประการ เช่น การสอนงาน การตรวจสอบการทำงาน การควบคุมงาน การติดตามงานและการประเมินผลการปฏิบัติงาน เป็นต้น ทั้งนี้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานขององค์กร เปรียบเสมือนแผนที่บอกเส้นทางการทำงาน ที่มีจุดเริ่มต้น และจุดสิ้นสุด มีคำอธิบายตามที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานไวโซ่อาจอิงไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการทำงาน การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานถือเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการสร้างมาตรฐาน การปฏิบัติงานตามแนวทางของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ที่มุ่งไปสู่ การบริการคุณภาพทั่วทั้งองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพทั้งนี้

๑. เพื่อให้การทำงาน ของสวนราชการได้ มาตรฐานเป็นไป ตามเป้าหมายได้ผลผลิต หรือการบริการที่มีคุณภาพเสร็จรวดเร็วทันตามกำหนดเวลา เพื่อบรรลุข้อกำหนดที่สำคัญของ กระบวนการดังกล่าว คู่มือการปฏิบัติงานของหน่วยงานดังนี้เพื่อให้หน่วยงานมีการจัดทำคู่มือฯ เพื่อ ประกอบการปฏิบัติงาน ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมถึงป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการ ปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สำหรับการจัดทำคู่มือ การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานของฝ่ายต่างๆ ดังนี้เพื่ออธิบายขั้นตอนรายละเอียดของกระบวนการ ในความรับผิดชอบของงานพัฒนาชุมชน ให้ผู้ปฏิบัติงานทราบและเข้าใจว่าควรปฏิบัติงานอย่างไร เมื่อใด กับใคร และควรทำอะไรก่อนและหลัง โดยมีเอกสารอ้างอิงในการปฏิบัติงาน

๒. เพื่อให้การปฏิบัติงานของงานพัฒนาชุมชน มีแนวทางการปฏิบัติเป็นไปตามมาตรฐาน และเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ได้ผลผลิตหรือการบริการที่มีคุณภาพ เสร็จรวดเร็วทัน ตามกำหนดเวลา

๓. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานด้านพัฒนาชุมชนหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานดังกล่าว รวมทั้งผู้ที่สนใจใฝ่รู้ ได้ทราบแนวทางการปฏิบัติงานของงานพัฒนาชุมชน และสามารถนำไปใช้เป็นสื่อในการติดต่อประสานงาน

๔. เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับผู้บริหารใช้ในการทบทวนและตรวจติดตามงานได้ ทุกขั้นตอน

คู่มือสำหรับประชาชน

การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ให้ผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
ในปีงบประมาณถัดไป ลงทะเบียนและยื่น
คำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เดือนกันยายน



คุณสมบัติ
ของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
ตรวจสอบดูคุณสมบัติของตัวเอง

ตามรายการดังนี้...

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหาดพันไกร อำเภอเมืองชุมพร จังหวัดชุมพร (ตามทะเบียนบ้าน)
- (๓) เป็นผู้มีอายุ ๖๐ ปี บริบูรณ์ใน ปกติไป
- (๔) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์ใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะ เดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำหรือผลประโยชน์ตอบแทน อื่นที่รัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ ตามระเบียบ กระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

****หมายเหตุ :** กรณีได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้วและได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล หาดพันไกร อำเภอเมืองชุมพร จังหวัดชุมพร จะต้องมาขึ้นทะเบียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลหาดพันไกร อำเภอ เมืองชุมพร จังหวัดชุมพร อีกครั้งหนึ่งนับตั้งแต่วันที่ย้ายเข้า

ทั้งนี้ ให้ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจาก องค์การบริหารส่วนตำบลหาดพันไกร ในงบประมาณถัดไป
เพื่อสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพต่อเนื่อง...



ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

“ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ”

ณ องค์การบริหารส่วนตำบลหาดพันไกร อำเภอเมืองชุมพร จังหวัดชุมพร

เตรียมเอกสาร ดังนี้

- บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
- ทะเบียนบ้าน
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขที่บัญชี)

****หมายเหตุ :** ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับองค์การบริหารส่วนตำบลหาดพันไกร อำเภอเมืองชุมพร จังหวัดชุมพร พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับมอบอำนาจ



คู่มือสำหรับประชาชน การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ตรวจสอบคุณสมบัติของตัวเอง

ตามรายการดังนี้...

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหาดพันไกร อำเภอเมืองชุมพร จังหวัดชุมพร
(ตามทะเบียนบ้าน)
- (๓) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- (๔) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

****หมายเหตุ :** กรณีได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการอยู่แล้วและได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลหาดพันไกร อำเภอเมืองชุมพร จังหวัดชุมพร จะต้องมาขึ้นทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการที่ องค์การบริหารส่วนตำบลหาดพันไกร อำเภอเมืองชุมพร จังหวัดชุมพร และให้ได้รับเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป

ทั้งนี้ต้องได้รับการยืนยันจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมที่จ่ายเงินเบี้ยความพิการ เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนในการจ่ายเบี้ยยังชีพของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งสองแห่ง
เพื่อใช้สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพต่อเนื่อง.....



ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ

“ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ”

ณ องค์การบริหารส่วนตำบลหาดพันไกร อำเภอเมืองชุมพร จังหวัดชุมพร

เตรียมเอกสาร ดังนี้

- ❖ บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับจริง
- ❖ ทะเบียนบ้าน
- ❖ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดง ชื่อ และเลขที่บัญชี)

****หมายเหตุ :** กรณีที่คนพิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองอาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทน แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและคนดูแล คนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย คนพิการที่เป็นผู้สูงอายุสามารถลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ด้วย



คำชี้แจง

❖ ผู้สูงอายุ/คนพิการที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพอยู่แล้วในพื้นที่อื่น ภายหลังได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่ในพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลหาดพันไกร อำเภอเมืองชุมพร จังหวัดเพชรบูรณ์ ให้มาแจ้งขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพต่อที่ องค์การบริหารส่วนตำบลหาดพันไกร อำเภอเมืองชุมพร จังหวัดเพชรบูรณ์แต่สิทธิในการรับเงิน จะคงอยู่ที่เดิมจนสิ้นงบประมาณ เช่น นาง ก. รับเงินเบี้ยยังชีพอยู่ อบต. หนูโก ภายหลังได้แจ้งย้ายที่อยู่มาอยู่ในพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลหาดพันไกร ในวันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๒ นาง ก. ต้องมาขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุใหม่ ที่องค์การบริหารส่วนตำบลหาดพันไกร ไม่เกินเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๒ แต่ นาง ก. จะยังคงรับเงินเบี้ยยังชีพ ที่อบต. หนูโกอยู่จนถึงเดือน กันยายน ๒๕๖๓ และมีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ที่องค์การบริหารส่วนตำบลหาดพันไกร ในเดือน ตุลาคม ๒๕๖๓ เป็นต้นไป...



ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงิน
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ

ให้ผู้ที่มายื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพมาตรวจสอบรายชื่อ
ตามประกาศ ณ องค์การบริหารส่วนตำบลหาดพันไกร
อำเภอเมืองชุมพร จังหวัดชุมพร ภายในวันที่ ๑๕ ธันวาคม ของทุกปี
(นับจากวันสิ้นสุดกำหนดวันยื่นคำขอลงทะเบียนวันที่ ๓๐
พฤศจิกายน ของทุกปี)

การจ่ายเงิน
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ

องค์การบริหารส่วนตำบลหาดพันไกร จะดำเนินการเบิกจ่าย
เงินให้กับผู้สูงอายุและคนพิการที่มา ขึ้นทะเบียนไว้แล้ว โดยจะเริ่มตั้ง
แต่เดือนตุลาคม ปีถัดไป โดยจะจ่ายเป็นการโอนเข้าบัญชีธนาคาร
ตามที่ใดแจ้งความประสงค์ไว้

กำหนดวันจ่ายเบี้ยยังชีพ
ภายในวันที่ ๑-๑๐ ของทุกเดือน

ช่องทางการรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้ประสงค์รับเงินผาณาการ
โอนเข้าบัญชีเงินฝาก ธนาคารใดก็ได้ในนามผู้สูงอายุ /ผู้พิการ หรือ
ผู้รับมอบอำนาจ หรือผู้ดูแลผู้พิการ

การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแบบขั้นบันได

ขั้นบันได	ชวงอายุ(ป)	จำนวนเงินที่ได้รับ/เดือน
ขั้นที่ ๑	๖๐-๖๙	๖๐๐
ขั้นที่ ๒	๗๐-๗๙	๗๐๐
ขั้นที่ ๓	๘๐-๘๙	๘๐๐
ขั้นที่ ๔	๙๐ ปีขึ้นไป	๑,๐๐๐

วิธีคำนวณอายุของผู้สูงอายุ

การนับอายุว่าจะอยู่ในขั้นที่เท่าไร ใหนับ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน เท่านั้น เช่น

๑. นาง ข. เกิด ๕ เมษายน ๒๔๘๙ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๙ นาง ข. จะอายุ ๗๐ ปี
หมายความว่า นาง ข. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๗๐๐ บาท ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๙ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๐ (ตลอดงบประมาณ ๒๕๖๐)
๒. นาง ก. เกิด ๓๐ กันยายน ๒๔๘๙ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๙ นาง ก. จะอายุ ๗๐ ปี
หมายความว่า นาง ก. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๗๐๐ บาท ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๙ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๐ (ตลอดงบประมาณ ๒๕๖๐)
๓. นาง ค. เกิด ๕ ตุลาคม ๒๔๘๙ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๙ นาง ค. จะอายุ ๖๙ ปี
หมายความว่า นาง ค. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๖๐๐ บาท ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๙ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๐ (ตลอดงบประมาณ ๒๕๖๐)

การนับรอบงบประมาณ คือ

วันที่ ๑ ตุลาคม ของป พ.ศ. ปัจจุบัน ถึง วันที่ ๓๐ กันยายน ของป พ.ศ. ถัดไป
 งบประมาณ ๒๕๖๐ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐
 งบประมาณ ๒๕๖๑ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑
 งบประมาณ ๒๕๖๒ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒
 งบประมาณ ๒๕๖๓ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓
 งบประมาณ ๒๕๖๔ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔

การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ

๑. ตาย
๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหาดพันไกร
๓. แจ้งสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
๔. ขาดคุณสมบัติ

หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ

๑. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง
๒. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพหรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเป็นเงินสด ต้องมารับเงินให้ตรงตาม วัน เวลา ที่องค์การบริหารส่วนตำบลหาดพันไกร ประกาศกำหนด
๓. เมื่อย้ายภูมิลำเนาออกจาก องค์การบริหารส่วนตำบลหาดพันไกร ไปอยู่ภูมิลำเนาอื่นต้องแจ้งข้อมูลให้องค์การบริหารส่วนตำบลหาดพันไกรได้ รับทราบ และต้องไปขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ย้ายเขา ไปใหม่ด้วยเพื่อรักษาสีสิทธิให้ต่อเนื่อง
๔. ให้ผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ แสดงการมีชีวิตอยู่ต่อองค์การบริหารส่วนตำบลหาดพันไกร ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ของทุกปี
๕. กรณีตาย ให้ผู้ดูแลหรือญาติของผู้สูงอายุ หรือคนพิการของผู้รับเงินเบี้ยยังชีพแจ้ง การตายให้องค์การบริหารส่วนตำบลหาดพันไกร ได้รับทราบภายใน ๗ วัน (พรมสำเนาใบ มรณะบัตร)



ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ

๑. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสารรับรองสภาพความพิการ
๒. ดำเนินการขอบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดหรือติดต่อ
ที่งานพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลหาดพันไกร ดำเนินการยื่นเอกสารให้
โดยเตรียมเอกสารดังต่อไปนี้

- ๒.๑ เอกสารรับรองสภาพความพิการที่รับรองโดยแพทย์เฉพาะทาง (ฉบับจริง)
- ๒.๒ รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
- ๒.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
- ๒.๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
- ๒.๕ ถ้าคนพิการมีผู้ดูแล ให้นำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน
ของผู้ดูแลคนพิการ อย่างละ ๑ ฉบับ

การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ สามารถขอได้ที่สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์หรือติดต่อที่
งานพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลหาดพันไกร ดำเนินการยื่นเอกสารให้
โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๑. บัตรประจำตัวคนพิการฉบับเดิม
๒. รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
๔. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการมีผู้ดูแล ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน
อย่างละ ๑ ฉบับ

การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ ผู้ดูแลผู้พิการคนเก่าและผู้ดูแลผู้พิการคนใหม่
ต้องไปติดต่อทำเรื่องเปลี่ยนแปลงที่สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดพร้อมกันด้วยตนเอง

โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๑. บัตรประจำตัวคนพิการฉบับเดิม
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
๓. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนเดิม ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
๔. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
๕. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
๖. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้รับรอง (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ส.อบต. หรือ ข
ราชการ ระดับ ๓ ขึ้นไป) จำนวน ๑ ฉบับ

ขอแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

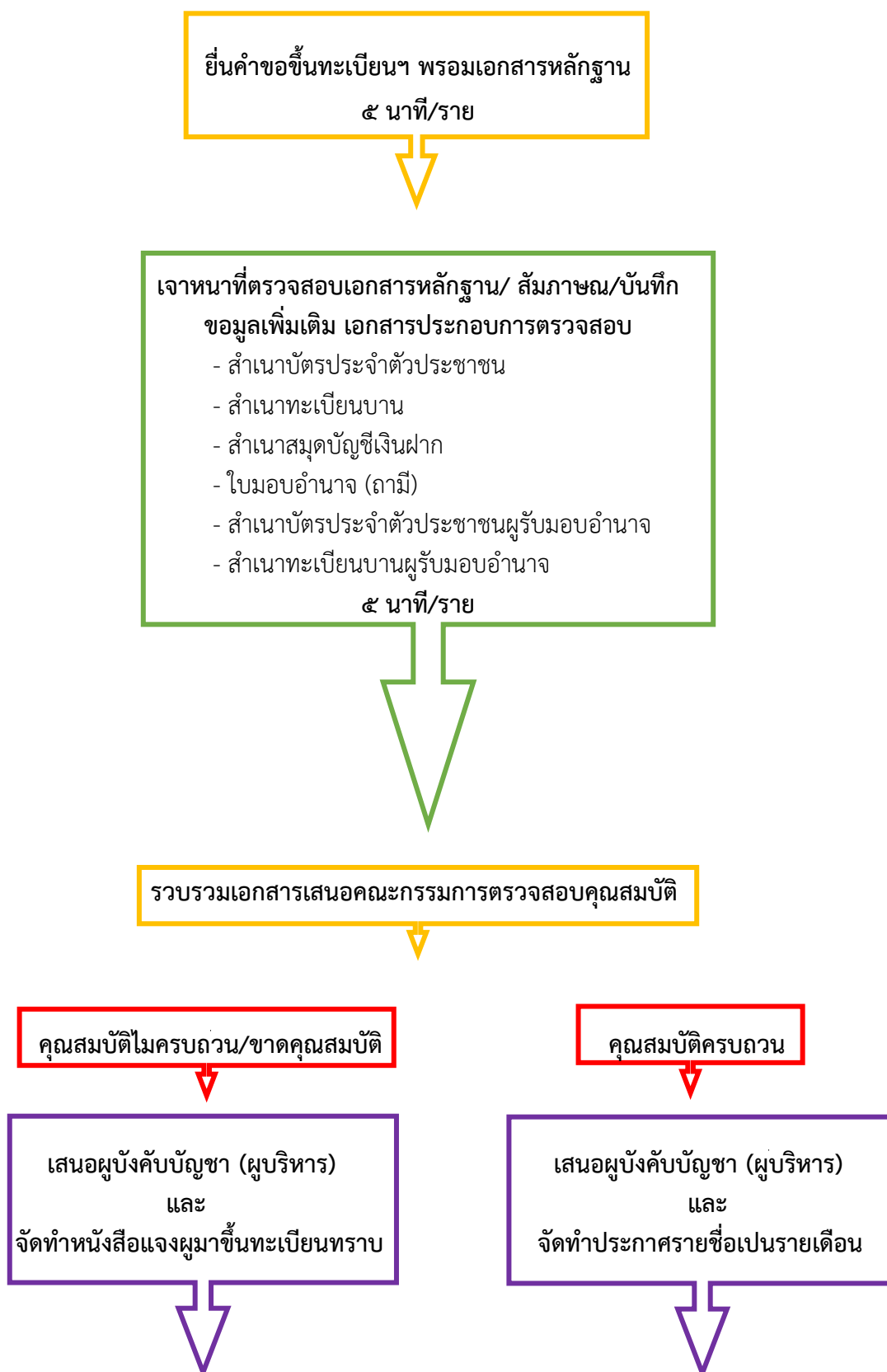
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

๑. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ แพทย์ต้องระบุ “เอดส์” / “ผู้ป่วยเอดส์” เท่านั้น
๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหาดพันไกร อำเภอเมืองชุมพร จังหวัด ชุมพร
๓. เป็นผู้มิรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้
๔. การยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่องค์การบริหารส่วนตำบลหาดพันไกร โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่นดังนี้
 - ๔.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ระบุ “เอดส์” / “ผู้ป่วยเอดส์”
 - ๔.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
 - ๔.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
๕. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเอง ได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้
๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการหรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด

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

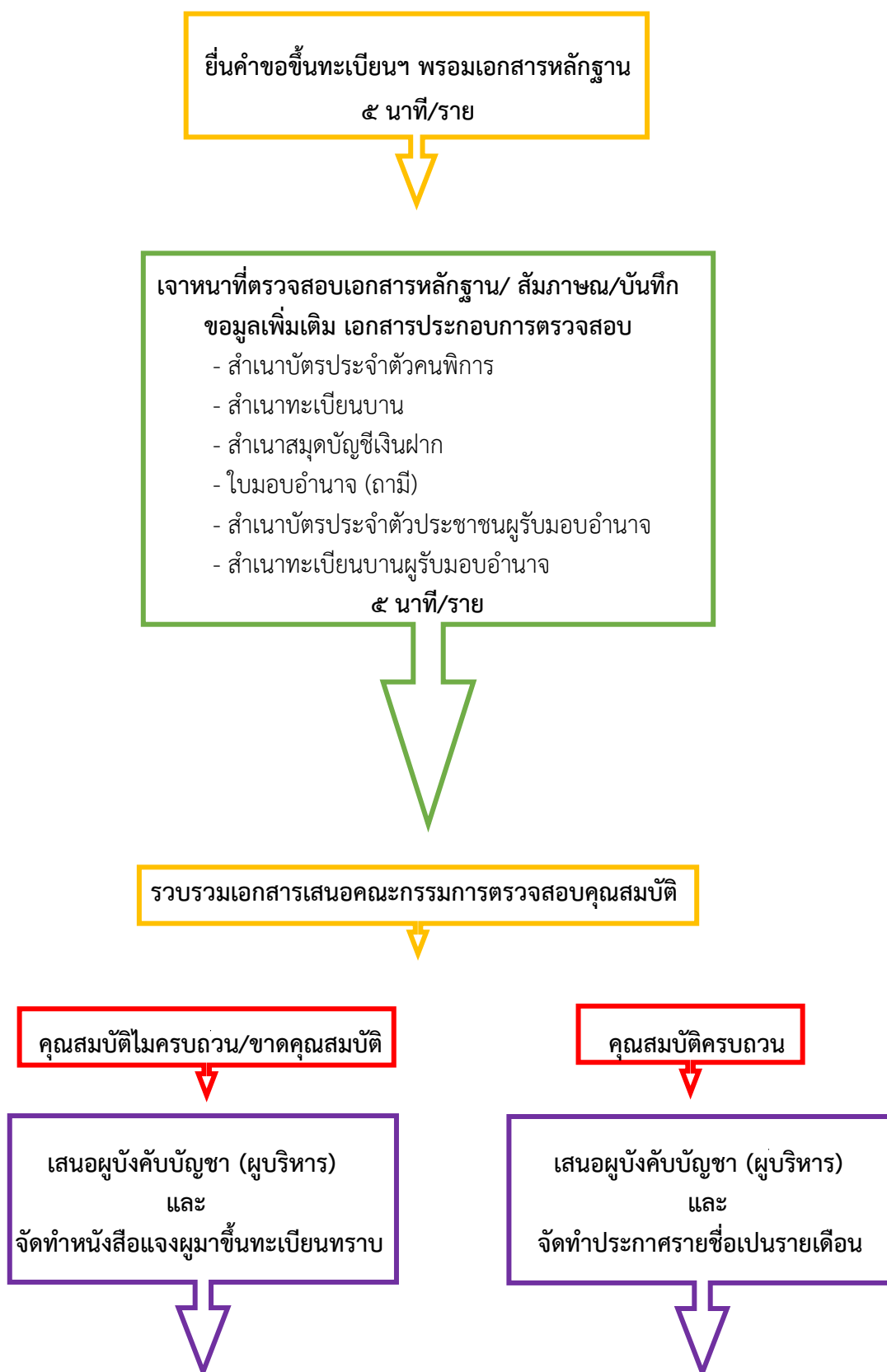
ภาคผนวก

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ



แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

การรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ



แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

การรับขึ้นทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนฯ พร้อมเอกสารหลักฐาน
๕ นาที/ราย

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน/ สัมภาษณ์/บันทึก
ข้อมูลเพิ่มเติม เอกสารประกอบการตรวจสอบ

- ใบรับรองแพทย์
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝาก
- ใบมอบอำนาจ (ถ้ามี)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับมอบอำนาจ

๕ นาที/ราย

รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

คุณสมบัติไม่ครบถ้วน/ขาดคุณสมบัติ

เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)
และ
จัดทำหนังสือแจ้งผู้มาขึ้นทะเบียนทราบ

คุณสมบัติครบถ้วน

เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)
และ
จัดทำประกาศรายชื่อเป็นรายเดือน

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ตัวอย่าง

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๓

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ลงทะเบียน
ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ)เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
๐-๐๐๐๐-๐๐๐๐๐-๐๐-๐ ที่อยู่.....
.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ ๐-๐๐๐๐-๐๐๐๐๐-๐๐-๐

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 ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ
บำเหน็จรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและข้าพเจ้ายินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับ
ฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/</p> <p>.....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน</p> <p>□-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่มีความประพฤติเรียบร้อย เนื่องจาก</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายก เทศมนตรี/อบต.</p> <p>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว</p> <p>มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ)</p> <p>นายก เทศมนตรี/นายก อบต.</p> <p>วัน/เดือน/ปี </p>	

ติดตามรอยเส้นประ * ให้ผู้ส่งอายุที่ยืนคำอุทธรณ์เป็นเก็บไว้

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มิคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน ภายในวันที่ ๓๐ ของทุกเดือน โดยได้รับตั้งแต่เดือน..... พ.ศ. เป็นต้นไป กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนา ไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนกันยายนของปีนั้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้เบี้ยผู้สูงอายุ ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมจนสิ้นปีงบประมาณ และรับที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ในปีงบประมาณถัดไป

ตัวอย่าง

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

เฉพาะกรณีผู้ส่งมอบมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอ ฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา - มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณ - ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผิดแลคนพิการตามระเบียบฯ

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....

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

เบอร์โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่....ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลพญาวัน.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) สกล.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สัปดาห์.....

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

ตำบล/แขวง.....พลาวัง.....อำเภอ/เขต.....บึงสามพัน.....จังหวัด.....เพชรบูรณ์.....

รหัสไปรษณีย์..... ๖๗๑๐๐..... โทรศัพท์.....

[illegible]

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการมองเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้

☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางการสื่อสาร

☐ การสันทนาการทางศิลปะและดนตรีหรือทางกาย ☐ การสันทนาการทางจิตหรือพฤติกรรม

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ อยู่ร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ.....

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่

ใหม่เมื่อ.....

☐ ได้รับเบี่ยงชี้นำส่งอายุ ☐ ได้รับการส่งเสริมให้เบี่ยงชี้นำป่วยเอดส์ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

☐ ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตัวเอง ☐ มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ ☐ ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

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

มีความประสงค์จะขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่รับมอบอำนาจจากผู้

สิทธิรณาคาร.....สาขา.....เลขบัญชี.....

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ ลำเนาบัตรคนพิการ ☐ ลำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการประสงค์ขอรับผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้คุณสมบัติครบถ้วน และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างตนเป็นความจริง

จรรยาบรรณประการ

$$\left(\frac{d}{dt} \right) \quad \text{and} \quad \left(\frac{d}{dt} \right)^2$$

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

$$\left(\begin{array}{cccc} \vdots & \vdots & \vdots & \vdots \\ \vdots & \vdots & \vdots & \vdots \\ \vdots & \vdots & \vdots & \vdots \\ \vdots & \vdots & \vdots & \vdots \end{array} \right) \quad \left(\begin{array}{cccc} \vdots & \vdots & \vdots & \vdots \\ \vdots & \vdots & \vdots & \vdots \\ \vdots & \vdots & \vdots & \vdots \\ \vdots & \vdots & \vdots & \vdots \end{array} \right)$$

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับผิดชอบอำนาจยื่นคำขอ

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

-๒-

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ <input type="checkbox"/> เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีความประพฤติไม่เรียบร้อย เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลพญาวัน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบ แล้วมีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน (ลงชื่อ).....กรรมการ (.....) (ลงชื่อ).....กรรมการ (.....) (ลงชื่อ).....กรรมการ (.....)</p>
<p>คำสั่ง <input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ..... (ลงชื่อ)..... (.....) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลพญาวัน วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p>	

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลำดับที่ (...../.....)

เรียน.....

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

๑. ที่พักอาศัย

- () เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ข รุดทรุดโทรมมาก () ข รุดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวรดี
 () เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

- () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....
 อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้
 () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....
 อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้
 () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

๓. การพักอาศัย () อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....

- () พักอาศัยกับ.....รวม.....คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน
 มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ เนื่องจาก.....

๔. รายได้ - รายจ่าย

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

.....ผู้ให้ถ้อยคำ
 (.....)

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ใบสอบถามประวัติ ผู้ป่วยโรคเอดส์

๑. ชื่อ..... นามสกุล.....

๒. เพศ () ชาย () หญิง

๓. อายุ.....ปี

๔. ที่อยู่

๔.๑ อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

๔.๒ กรรมสิทธิ์ในการครอบครอง () เป็นของตนเอง () อาศัยอยู่ () อื่นๆ (ระบุ).....

๕. สถานภาพการสมรส

() โสด () สมรสอยู่ด้วยกัน () สมรสแยกกันอยู่

() หม้ายหย่าร้าง () หม้ายคู่สมรสเสียชีวิต

๖. จำนวนบุตร.....คน (มีชีวิตอยู่.....คน)

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	อาชีพ	รายได้

๗. อาชีพปัจจุบัน.....รายได้ปัจจุบัน.....บาท/เดือน
ที่มาของรายได้.....

.....

๘. ระดับการศึกษา.....ประถมศึกษา.....

-๒-

๙. ความคิดเห็นของผู้สัมภาษณ์.....
.....
.....

(ลงชื่อ).....ผู้สัมภาษณ์

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**ตัวอย่าง
แบบฟอร์ม
หนังสือมอบอำนาจ**

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก/ซอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจ.....
แทนข้าพเจ้า จนเสร็จสิ้นการ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้
เสมือนว่าข้าพเจ้าได้ กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

เอกสารที่ต้องใช้เพิ่มเติม

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน,
สำเนา ทะเบียนบ้าน ของผู้มอบอำนาจ พร้อม
ลงลายมือชื่อ หรือ ลายพิมพ์นิ้วมือ อย่างละ
๑ ฉบับ

๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน,
สำเนา ทะเบียนบ้าน ของผู้รับมอบอำนาจ
พร้อม ลงลายมือชื่อ หรือ ลายพิมพ์นิ้วมือ อย่าง
ละ
๑ ฉบับ

๓ กรณีเป็นผู้พิการ ให้แนบสำเนา
บัตร ประจำตัวผู้พิการ พร้อมลงลายมือชื่อ หรือ
ลายพิมพ์นิ้วมือ อย่างละ ๑ ฉบับ

๔. กรณีใช้ลายพิมพ์นิ้วมือให้มีผู้ลง
นาม รับรองด้านล่างลายพิมพ์นิ้วมือนั้นอีก ๒

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ตัวอย่าง
แบบฟอร์ม
แบบแสดงตนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพและแสดงความประสงค์ในการรับเบี้ยยังชีพ
ประจำปีงบประมาณ.....

เฉพาะกรณีผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพฯ มอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาแสดงตนฯ แทน

ข้อมูลผู้ยื่นแสดงตนฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจ

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....

เลขประจำตัวประชาชนผู้มีมอบอำนาจ □-□□□□-□□□□□-□□-□ อยู่บ้านเลขที่.....

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

จังหวัด.....โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องกับ.....กับผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพฯ มาแสดงตน

เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพและแสดงความประสงค์ในการรับเงินเบี้ยยังชีพแทน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อมูลของผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพ

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

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....อายุ.....ปี มีชื่ออยู่บ้านเลขที่

หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ ซอยถนน.....ตำบล.....

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

เป็นผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพ () ผู้สูงอายุ () ผู้พิการ () ผู้ป่วยเอดส์ จากองค์การบริหารส่วนตำบลพญาวัน
ขอแสดงตนการดำรงชีวิตอยู่ต่อองค์การบริหารส่วนตำบลพญาวัน ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการ
จ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วย
หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ และแก้ไขเพิ่มเติม และ
ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.
๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ทั้งนี้

() มีความประสงค์ขอรับเบี้ยยังชีพ ประจำปีงบประมาณ..... ต่อไปและขอรับเงิน
ด้วยวิธี ดังนี้

() โอนเข้าบัญชีธนาคาร..... สาขา.....
 ชื่อบัญชี..... เลขบัญชี.....

() โอนเข้าบัญชีธนาคาร โดยมอบอำนาจให้.....
เป็นผู้รับเงินเบี้ยยังชีพแทนข้าพเจ้า มีความเกี่ยวพันเป็น.....

() ไม่ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพต่อไป

(ลงชื่อ).....ผู้มาแสดงตน
(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับแสดงตน
(.....)

