



คู่มือปฏิบัติงาน ด้านงานพัฒนาชุมชน

งานพัฒนาชุมชน

โทร. 042-315890



สัญลักษณ์ผู้สูงอายุ



สัญลักษณ์คนพิการ



สัญลักษณ์วันเอดส์โลก

## คำนำ

งานพัฒนาชุมชนองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโคกมีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการ สังคมให้กับผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์ คนไร้ที่พึ่งและผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโคก และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับภาคประชาชน

ดังนั้นเพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวกรวดเร็ว ถูกต้อง และอำนวยความสะดวก ในการขอรับบริการในเรื่อง ต่างๆ งานพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโคก จึงได้จัดทำ คู่มือการ ปฏิบัติงานของ นักพัฒนาชุมชน ขึ้นตามกรอบการปฏิบัติราชการของงานพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโคกผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ท าให้ ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์ คนไร้ที่พึ่ง ผู้ด้อยโอกาสทางสังคม และภาคประชาชน มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทาง ในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจ ำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการ ต่อไป

งานพัฒนาชุมชน  
องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโคก



## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญในการจัดทำคู่มือ

คู่มือการปฏิบัติงาน ( Work Manual) เป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่งในการทำงาน ทั้งระดับหัวหน้างาน และผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นการจัดทำรายละเอียดของการทำงานในหน่วยงานนั้น ๆ อย่างเป็นระบบและครบถ้วน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลายประการเช่นการสอนงานการตรวจงานตรวจสอบการทำงานการควบคุมงานการติดตามงานและการประเมินผลการปฏิบัติงาน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานขององค์กร เปรียบเสมือนแผนที่บอกเส้นทางการทำงานที่มีจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดมีคำอธิบายตามที่จำเป็นเพื่อให้ ผู้ปฏิบัติงาน ใ้ใช้อ้างอิงมิให้เกิดความผิดพลาดในการทำงาน

การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานถือเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานตามแนวทางของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบข้าราชการ (ก.พ.ร.) ที่มุ่งไปสู่การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อให้การทำงานบางส่วนราชการได้มาตรฐานเป็นไปตามเป้าหมาย ได้ผลิตผลหรือการบริการที่มีคุณภาพ เสร็จรวดเร็วทันตามกำหนดเวลานัดหมาย มีการทำงานปลอดภัย และไม่สร้างมลพิษแก่ชุมชน

#### 1.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่ออธิบายขั้นตอนรายละเอียดของกระบวนการงานในความรับผิดชอบของ งานพัฒนาชุมชน ให้ ผู้ปฏิบัติงานทราบและเข้าใจว่าควรปฏิบัติงานอย่างไร เมื่อใด กับใคร และควรทำอะไรก่อนและหลัง โดยมี เอกสารอ้างอิงในการปฏิบัติงาน
2. เพื่อให้การปฏิบัติงานของ งานพัฒนาชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโคกมีแนวทางการปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกันและเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ได้ผลิตผลหรือการบริการที่คุณภาพ เสร็จ รวดเร็ว ทันตามกำหนดเวลานัดหมาย
3. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานด้านพัฒนาชุมชนผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานดังกล่าวรวมทั้ง ผู้ที่ สนใจใ้รู้ได้ทราบแนวทางการปฏิบัติงานงานพัฒนาชุมชน และสามารถนำไปใช้เป็นสื่อในการติดต่อประสานงาน
4. เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับผู้บริหารใช้ในการทบทวนและตรวจติดตามงานได้ทุกขั้นตอน

#### 1.3 ขอบเขต

คู่มือการปฏิบัติงานฯ ฉบับนี้ครอบคลุมขั้นตอนการปฏิบัติงานงานพัฒนาชุมชน องค์การบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโคกเฉพาะกระบวนการให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายต่างๆ ตามระเบียบฯ กฎหมายที่ ก หนด ได้ก หนด ขอบเขตของกระบวนการในการพิจารณาผู้ขอรับความช่วยเหลือจากผู้ที่อาศัยในเขตพื้นที่และมี ทะเบียนบ้านอยู่ในเขต องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโคก

#### 1.4 กรอบแนวคิด

กระบวนการให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์ด้านต่างๆ

1) กระบวนการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ผู้เกี่ยวข้องของ		ความต้องการ
ผู้รับบริการ - ผู้สูงอายุ	ได้รับเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดตามสิทธิที่พึงได้รับ ทุกเดือน	
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย - ผู้ดูแลผู้สูงอายุ - ผู้รับมอบอานาจรับเงิน	ได้รับเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดตามสิทธิที่พึงได้รับ ทุกเดือน	
ข้อกำหนดด้านกฎหมาย	ประสิทธิภาพ ของ กระบวนการ	ความคุ้มค่า
<p>-ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2552 แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 4 พ.ศ. 2562</p> <p>-พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546</p> <p>-หนังสือส นักการคลัง ที่ กท 1308/2571 ลว. 17 เมษายน 2558 เรื่อง เห็นชอบหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติ เกี่ยวกับการด าเนินการเพื่อขอรับเบี้ย ยังชีพผู้สูงอายุ ำ</p> <p>-หนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่มท 0810.6/ว 5744 ลว. 27 กันยายน 2562 เรื่อง ชักซ้อมแนวทางการรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์การปกครองส่วน</p>	<p>ผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพเป็นประจ ำ ทุกเดือน การจ่ายเงินสด โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การโอนเข้าบัญชี โดยกรมบัญชีกลาง</p>	<p>ผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเงินครบถ้วน ถูกต้อง</p>

<p>ท้องถิ่น ประจําปีงบประมาณ พ.ศ. 2564</p> <p>-หนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วน ที่สุด ที่มท 0810.6/ว 5435 ลว. 12 กันยายน</p> <p>2562 เรื่อง ชักซ้อมแนวทางการ ปฏิบัติ ตามระเบียบ กระทรวงมหาดไทยว่าด้วย หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2562 และ ระเบียบ กระทรวงมหาดไทยว่าด้วย หลักเกณฑ์ การจ่ายเงินเบี้ยความ พิการให้คนพิการ ขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2562</p>		
---	--	--

## 2) กระบวนการจ่ายเงินเบี้ยความพิการ

ผู้เกี่ยวข้อง		ความต้องการ	
<b>ผู้รับบริการ</b> - คนพิการ	ได้รับเงินเบี้ยยังชีพแบบอัตราเดียวทุกประเภทความ พิการ ตามสิทธิที่พึงได้รับทุกเดือน		
<b>ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</b> - ผู้ดูแลคนพิการ - ผู้รับมอบอำนาจรับเงิน	ได้รับเงินเบี้ยยังชีพแบบอัตราเดียวทุกประเภทความ พิการตามสิทธิที่พึงได้รับทุกเดือน		
<b>ข้อกำหนดด้านกฎหมาย</b>	<b>ประสิทธิภาพของ กระบวนการ</b>	<b>ความคุ้มค่า</b>	
<p>-ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วย หลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการของ องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553 แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 4 พ.ศ.2562</p> <p>-มติคณะรัฐมนตรีเห็นชอบมติจากการ ประชุม คณะกรรมการส่งเสริมพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการ แห่งชาติเพิ่มเงิน เบี้ยความพิการให้แก่คนพิการ วันที่ 25</p>	<p>คนพิการได้รับ เบี้ยยังชีพเป็น ประจำ ทุกเดือน การจ่ายเงิน สด โดย องค์กร</p>	<p>คนพิการที่มีสิทธิได้รับเงินครบถ้วน ถูกต้อง</p>	

<p>พฤศจิกายน 2558</p> <p>-หนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่มท 0810.6/ว 5435 ลว. 12 กันยายน 2562 เรื่อง ชักซ้อมแนวทางการปฏิบัติ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วย หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2562 และระเบียบ กระทรวงมหาดไทยว่าด้วย หลักเกณฑ์ การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2562</p>	<p>ปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>การโอนเข้า</p> <p>บัญชี โดย</p> <p>กรมบัญชีกลาง</p>	

### 3) กระบวนการจ่ายเงินเบี้ยผู้ป่วยเอดส์

ผู้เกี่ยวข้องของ	ความต้องการ	
<p>ผู้รับบริการ</p> <p>- ผู้ป่วยเอดส์</p>	<p>ได้รับเงินเบี้ยยังชีพแบบอัตราเดียวตามสิทธิที่พึงได้รับทุกเดือน</p>	
<p>ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</p> <p>- ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์</p> <p>- ผู้รับมอบอานาจรับเงิน</p>	<p>ได้รับเงินเบี้ยยังชีพแบบอัตราเดียวตามสิทธิที่พึงได้รับทุกเดือน</p>	
ข้อกำหนดด้านกฎหมาย	ประสิทธิภาพของกระบวนการ	ความคุ้มค่า
<p>ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2548</p>	<p>ผู้ป่วยเอดส์ ได้รับเบี้ยยังชีพเป็นประจำ ทุกเดือน การจ่ายเงินสด/การโอนเข้าบัญชี โดย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p>	<p>ผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินครบถ้วน ถูกต้อง</p>

### 1.5 ประโยชน์ของการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน ประโยชน์ของคู่มือการปฏิบัติงานที่มีต่อองค์กรและ

#### ผู้บังคับบัญชา

1. การกำหนดจุดสำเร็จและการตรวจสอบผลงานและความสำเร็จของหน่วยงาน
2. เป็นข้อมูลในการประเมินค่างานและจัดชั้นตำแหน่งงาน
3. เป็นคู่มือในการสอนงาน
4. การกำหนดหน้าที่การงานชัดเจนไม่ซ้ำซ้อน
5. การควบคุมงานและการติดตามผลการปฏิบัติงาน
6. เป็นคู่มือในการประเมินผลการปฏิบัติงาน

7. การวิเคราะห์งานและปรับปรุงงาน
8. ให้ผู้ปฏิบัติงานศึกษางานและสามารถท างานทดแทนกันได้
9. การงานแผนการท างาน และวางแผนก ลังคน
10. ผู้บังคับบัญชาได้ทราบขั้นตอนและสายงานท าให้บริหารงานได้ง่ายขึ้น
11. สามารถแยกแยะล าดับความส าคัญของงาน เพื่อก าหนดระยะเวลาท างานได้
12. สามารถก าหนดคุณสมบัติของพนักงานใหม่ที่จะรับได้ง่ายขึ้นและตรงมากขึ้น
13. ท าให้บริษัทสามารถปรับปรุงระเบียบแบบแผนการท างานให้เหมาะสมยิ่งขึ้นได้
14. ยุติความขัดแย้งและเสริมสร้างความสัมพันธ์ในการประสานระหว่างหน่วยงาน
15. สามารถกำหนดงบประมาณและทิศทางการท างานของหน่วยงานได้
16. เป็นข้อมูลในการสร้างฐานข้อมูลของบริษัทต่อไปได้
17. การศึกษาและเตรียมการในการขยายงานต่อไปได้
18. การวิเคราะห์ค่าใช้จ่่ายกับผลงานและปริมาณกำลังคนของหน่วยงานได้
19. ผู้บังคับบัญชาบริหารงานได้สะดวก และรวดเร็วขึ้น
20. เกิดระบบการบริหารงานโดยส่วนร่วมสำหรับผู้บังคับบัญชาคนใหม่ในการร่วมกันเขียนคู่มือ

#### ประโยชน์ของคู่มือการปฏิบัติงานที่มีต่อผู้ปฏิบัติงาน

1. ได้รับทราบภาระหน้าที่ของตนเองชัดเจนยิ่งขึ้น
2. ได้เรียนรู้งานเร็วขึ้นทั้งตอนที่เข้ามาท างานใหม่/หรือตอนที่จ่่ายงานใหม่
3. ได้ทราบความคาดหวัง (Expectation) ของผู้บังคับบัญชาที่มีต่อตนเองชัดเจน
4. ได้รู้ว่าผู้บังคับบัญชาจะใช้อะไรมาเป็นตัวประเมินผลการปฏิบัติงาน
5. ได้เข้าใจระบบงานไปในทิศทางเดียวกันทั้งหน่วยงาน
6. สามารถช่วยเหลืองานซึ่งกันและกันได้
7. เข้าใจหัวหน้างานมากขึ้น ท างานด้วยความสบายใจ
8. ไม่เกี่ยงงานกัน รู้หน้าที่ของกันและกันท าให้เกิดความเข้าใจที่ดีต่อกัน
9. ไม่ทราบจุดบกพร่องของงานแต่ละขั้นตอนเพื่อนำมาปรับปรุงงานได้
10. ได้เรียนรู้งานของหน่วยงานได้ทั้งหมด ทำให้สามารถพัฒนางานของตนเองได้
11. มีขั้นตอนในการทำงานที่แน่นอนทำให้การทำงานได้ง่ายขึ้น
12. รู้จักวางแผนการทำงานเพื่อให้ผลงานออกมาตามเป้าหมาย
13. สามารถใช้เป็นแนวทางเพื่อการวิเคราะห์งานให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา
14. สามารถแบ่งเวลาให้กับงานต่างๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
15. รู้ขอบเขตสายการบังคับบัญชาทำงานให้การประสานงานง่ายขึ้น
16. ได้เห็นภาพรวมของหน่วยงานต่างๆ ในฝ่ายงานเดียวกันเข้าใจงานมากขึ้น
17. สามารถท างานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพราะมีสิ่งอ้างอิง
18. ได้รู้ว่าตนเองต้องมีการพัฒนาอะไรบ้างเพื่อให้ได้ตามคุณสมบัติที่ต้องการ
19. ได้เรียนรู้และรับทราบว่าเพื่อนร่วมงานท าวะไร เข้าใจกันและกันมากขึ้น
20. ได้รู้ว่างานที่ตนเองท าวะไรสำคัญต่อหน่วยงานอย่างไร เกิดความภูมิใจ

## 1.6 บทบาทอำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล

จากบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 แก้ไขเพิ่มเติมถึง ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2552 ส่วนที่ 3 เรื่อง อำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล มาตรา 66 องค์การบริหารส่วนตำบลมีหน้าที่ในการพัฒนาตำบล ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม และมาตรา 67 ภายใต้อำนาจหน้าที่ กฏหมาย องค์การบริหารส่วนตำบล มีหน้าที่ต้องทำในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล

1. จัดให้มี และบำรุงรักษาทางน้ำและทางบก
2. รักษาความสะอาดของถนน ทางน้ำ ทางเดิน และที่สาธารณะ รวมทั้งการจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล
3. ป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อ
4. ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
5. ส่งเสริมการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม
6. ส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และ ผู้พิการ
7. คุ้มครอง ดูแล และ บำรุงรักษา ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
8. บำรุงรักษา ศิลปะ จารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่นและวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่น
9. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ราชการมอบหมาย โดยจัดสรรงบประมาณ หรือบุคลากรให้ตามความจำเป็นและสมควรตามประกาศโครงสร้างส่วนราชการและการแบ่งส่วนราชการภายใน ขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโคกได้กำหนดให้ **งานพัฒนาชุมชน** มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับ
  - งานสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์
  - งานการพัฒนาชุมชน
  - งานการจัดเก็บข้อมูลพื้นฐานของ องค์การบริหารส่วนตำบล จปฐ. กชช. ๒ค ตลอดจน ข้อมูล/สถิติด้าน อื่นๆ ของท้องถิ่น
  - งานถ่ายโอนเงินสงเคราะห์ประเภทต่างๆ
  - งานสภาเด็กและเยาวชน
  - งานพัฒนาสตรีและเยาวชน
  - งานส่งเสริมอาชีพและข้อมูลแรงงาน
  - งานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน



## บทที่ 2

### วิธีการและขั้นตอนการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักตามคู่มือประชาชน

งานที่ให้บริการ	การลงทะเบียนและยื่นคำร้องรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโคก

ขอบเขตการให้บริการ	
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาที่เปิดให้บริการ
1.งานพัฒนาชุมชน โทร. 042-219814 ต่อ 1925 2.ศาลาหมู่บ้านตามประกาศ อบต. กำหนด	<u>เดือนมกราคม – เดือนพฤศจิกายนของทุกปี (เว้นเดือนธันวาคม)</u> วันจันทร์ – วันศุกร์ เว้นวันหยุดราชการ ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 เวลา ตามประกาศ อบต.ก กำหนด

## หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2552 แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 4 พ.ศ.2562 ก าหนดให้ผู้สูงอายุมาลงทะเบียนได้ตั้งแต่เดือนมกราคม – เดือนพฤศจิกายนของทุกปี (ห่างระยะเวลาที่ 1 เดือนตุลาคม – เดือนพฤศจิกายน และห่างระยะเวลาที่ 2 เดือนมกราคม – เดือนกันยายน) ให้ผู้ที่จะมีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นในปีงบประมาณถัดไป และมีคุณสมบัติ ครบถ้วนตามข้อ 6 หรือผู้ที่ย้ายทะเบียนบ้านมาอยู่ใหม่ภายในพื้นที่องค์การบริหารส่วนต าบลต่อนายโศก ให้มา ลงทะเบียนและยื่นค าขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุด้วยตนเองหรือมอบอ านาจให้บุคคลอื่นมากระท าการแทนได้ใน กรณีที่จ าเป็น ณ องค์การบริหารส่วนต าบลต่อนายโศก หรือที่ศาลาหมู่บ้าน ตามวัน เวลา และสถานที่ ที่ ทางองค์การบริหารส่วนต าบลต่อนายโศกก าหนด เพื่อรับเบี้ยผู้สูงอายุใน ปีงบประมาณถัดไป

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้ 1.มีสัญชาติไทย

2.มีภูมิล าเนาตามทะเบียนบ้านอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนต าบลต่อนายโศก

3.มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งต้องได้ลงทะเบียนและยื่นค าร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุต่อองค์การบริหารส่วนต าบลต่อนายโศก 4.ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับบ านาญ เบี้ยหวัด บ านาญพิเศษ หรือเงินอื่นใด ในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐในการยื่นค าขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ย ยังชีพผู้สูงอายุโดยวิธีใดหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- 1.รับเงินสดด้วยตนเอง
- 2.รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอ านาจจากผู้มีสิทธิ
- 3.โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ
- 4.โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้รับมอบอ านาจจากผู้มีสิทธิ

ขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการ		
ขั้นตอน	ระยะเวลา	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1. ผู้สูงอายุมาแสดงตนต่อเจ้าหน้าที่เพื่อยื่นคำขอขึ้นทะเบียนพร้อมเอกสารหลักฐาน 2. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง และตรวจสอบคุณสมบัติ สัมภาษณ์/บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม 3. รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการตรวจสอบ คุณสมบัติเสนอผู้บริหารเพื่อจัดทำประกาศรายชื่อ	5 นาที  10 นาที  ภายในระยะเวลาที่ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กำหนด	กองสวัสดิการสังคม เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ นางณัฐยา บุญคำ นักพัฒนาชุมชน

ระยะเวลา
ไม่เกิน 15 นาที/ราย ในการรับคำขอขึ้นทะเบียน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ
<b>เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้</b> 1. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย (ยังไม่หมดอายุ) พร้อมสำเนา จำนวน 1 ฉบับ 2. ทะเบียนบ้านฉบับจริง พร้อมสำเนาจำนวน 1 ฉบับ 3. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนาจำนวน 1 ฉบับ (กรณีแจ้งความประสงค์ขอรับเงินผ่านบัญชีธนาคาร) <b>** ในกรณีที่มีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาขึ้นทะเบียนได้ด้วยตนเองสามารถมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนแทนได้ โดยมีเอกสารประกอบเพิ่มเติม ดังนี้</b> 1. หนังสือมอบอำนาจ จำนวน 1 ฉบับ 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ จำนวน 1 ฉบับ 3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน 1 ฉบับ

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอ ฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ลงทะเบียน  
 ชื่อ-สกุล(ผู้รับมอบอำนาจ).....เลขบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ  
----------ที่อยู่.....  
 .....โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่ อบต.บ้านโคก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน  
 .....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล บ้านโคก

อำเภอ สุวรรณคูหา จังหวัด หนองบัวลำภู รหัสไปรษณีย์ 39270 โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ ----------

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

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องโดยเป็น  บิดา-มารดา

บุตร สามี-ภรรยา  พี่น้อง  อื่นๆ.....

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

- ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์  
 ได้รับเบี้ยความพิการ  ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์จะขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ 256.... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1วิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ  
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย  สำเนาทะเบียนบ้าน  
 สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร(ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)  
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ  
 บัญชีเงินฝากธนาคาร.....บัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ บำเหน็จรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

“ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น และยินยอมตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(นางสาวณัฐยา บุญคำ)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย / ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

<p><b>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</b></p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว</p> <p>.....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่เข้าคุณสมบัติ เนื่องจาก</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(นางสาวณัฐยา บุญค้ำ)</p> <p>เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p><b>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</b></p> <p>เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโคก</p> <p>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว</p> <p>มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน      <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(นางสาวกาญจนา บุตรโคตร)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(นางสาวกฤตพร การแก้ว)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(นายอาทิตย์ สุทธิสอน)</p>
<p><b>คำสั่ง</b></p> <p><input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน      <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน      <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(นางอภิญญา แสนแก้ว)</p> <p>นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโคก</p> <p>วันที่.....เดือน ..... พ.ศ.....</p>	

(ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่คุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียนในอัตราขั้นบันได ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน โดยจะมีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ในอัตราเดือนละ.....บาท ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ..... เป็นต้นไป กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นจำเป็นต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนกันยายนของทุกปี ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อที่ นางสาวณัฐยา บุญค้ำ ตำแหน่งนักพัฒนาชุมชน โทร 0924350936

# หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่ อบต.บ้านโคก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประชาชนเลขที่

□-□□□□-□□□□□□-□□-□ ออกให้ ณ .....เมื่อวันที่.....

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

ตำบล บ้านโคก อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประชาชนเลขที่

□-□□□□-□□□□□□-□□-□ ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....

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

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ ในกิจการดังต่อไปนี้

- ( ) ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ
- ( ) รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ ด้วยเงินสด
- ( ) รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ โดยโอนผ่านบัญชีธนาคารผู้รับมอบอำนาจ
- ( ) เปิดบัญชีเงินฝากธนาคารเพื่อรับโอนเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้นเพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

งานที่ให้บริการ	การลงทะเบียนและยื่นคำร้องรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโคก

ขอบเขตการให้บริการ	
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาที่เปิดให้บริการ
1.กองสวัสดิการสังคมฯ อาคาร เอนกประสงค์ โทร. 042-219814 ต่อ 1925	<u>วันจันทร์ – ศุกร์ เว้นวันหยุดราชการ</u> ตลอดทั้งปีงบประมาณ ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ
<p>ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553 แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 4 พ.ศ.2562 กำหนดให้คนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ หรือคนพิการที่ย้ายทะเบียนบ้านมาอยู่ใหม่ภายในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลดอนหายโศก ให้มา ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมากระทำการแทน ณ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโคก เพื่อรับเบี้ยความพิการในเดือนถัดไปนับจากวันลงทะเบียน</p> <p>ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีสัญชาติไทย</li> <li>2. มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโคก</li> <li>3. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ซึ่งต้องได้ ลงทะเบียนและยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการต่อองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโคก</li> <li>4. ไม่เป็นบุคคลที่อยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ คนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงิน เบี้ยยังชีพความพิการโดยวิธีใดหนึ่ง ดังต่อไปนี้ <ol style="list-style-type: none"> <li>1. รับเงินสดด้วยตนเอง</li> <li>2. รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ</li> <li>3. โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ</li> <li>4. โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ</li> </ol> </li> </ol>

ขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการ		
ขั้นตอน	ระยะเวลา	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1.คนพิการมาแสดงตนต่อเจ้าหน้าที่เพื่อยื่นคำขอขึ้นทะเบียนพร้อมเอกสารหลักฐาน 2.เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง และตรวจสอบคุณสมบัติ สัมภาษณ์/บันทึกข้อมูล เพิ่มเติม 3.รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการตรวจสอบ คุณสมบัติเสนอผู้บริหารเพื่อจัดทำประกาศรายชื่อ	5 นาที 10 นาที ภายในระยะเวลาที่กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นกำหนด	งานพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบ นาง ัญญา บุญคำ
<b>ระยะเวลา</b>		
ไม่เกิน 15 นาที/ราย ในการรับคำขอขึ้นทะเบียน		
<b>รายการเอกสารหลักฐานประกอบ</b>		
<b>เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้</b>		
1.บัตรประจำตัวคนพิการ (ไม่หมดอายุ) พร้อมสำเนาจำนวน 1 ฉบับ 2.ทะเบียนบ้านฉบับจริง พร้อมสำเนาจำนวน 1 ฉบับ 3.สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนาจำนวน 1 ฉบับ (กรณีแจ้งความประสงค์ขอรับเงินผ่านบัญชีธนาคาร) <b>** ในกรณีที่มีความจำเป็นคนพิการที่ไม่สามารถมาขึ้นทะเบียนได้ด้วยตนเองสามารถมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้พิทักษ์/ผู้อนุบาล เป็นผู้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนแทนได้ โดยมีเอกสารประกอบเพิ่มเติม ดังนี้</b> 1.หนังสือมอบอำนาจ จำนวน 1 ฉบับ 2.สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้มอบอำนาจจำนวน 1 ฉบับ 3.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน 1 ฉบับ		
<b>ค่าธรรมเนียม</b>		
ไม่มีค่าธรรมเนียมในการขอขึ้นทะเบียนคนพิการ		
<b>การรับเรื่องร้องเรียน</b>		
ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโคก		
<b>ตัวอย่างแบบฟอร์มและการกรอกข้อมูล</b>		



แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 256.....

เฉพาะกรณีพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวกับคนพิการ

ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น  บิดา - มารดา  บุตร  สามเ - ภรรยา  พี่น้อง  ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ

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

เลขประจำตัวประชาชน ---- ที่อยู่ .....

..... โทรศัพท์ .....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่ อบต.บ้านโคก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ชื่อ ..... นามสกุล.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อายุ.....ปี สัญชาติ..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ ซอย.....ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....

.....ตำบล บ้านโคก อำเภอ สุวรรณคูหา จังหวัด หนองบัวลำภู รหัสไปรษณีย์ 39270 โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ ---

ประเภทความพิการ  ความพิการทางการเห็น  ความพิการทางสติปัญญา  ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย  ความพิการทางการเรียนรู้

ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย  ความพิการทางออสติก  ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส  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. ๒๕๖..... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง

รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคาร ..... สาขา ..... เลขที่บัญชี --

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ  สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

(.....)

(นายคณิต ท้าวพา)

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว</p> <p>.....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน</p> <p><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"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีความสมัครรับ</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่สมัครรับ เนื่องจาก</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(นางสาวณัฐยา บุญคำ)</p> <p>เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลบ้านโคก</p> <p>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว</p> <p>มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน      <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(นางสาวกาญจนา บุตรโคตร)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(นางสาวกฤตพร การแก้ว)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(นายอานัติ สุทธิสอน)</p>
<p>.....</p>	

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้ส่งอยู่ที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาการลงทะเบียน ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน โดยจะมีสิทธิ์รับเบี้ยความพิการในอัตราเดือนละ 800.-บาท กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นจำเป็นต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ภายในเดือนนั้น ๆ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทึให้ต่อเนื่อง หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อที่ นางสาวณัฐยา บุญคำ ตำแหน่ง นักพัฒนาชุมชน โทร 0924350963

# หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่ อบต.บ้านโคก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประชาชนเลขที่

□-□□□□-□□□□□□-□□-□ ออกให้ ณ .....เมื่อวันที่.....

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

ตำบล บ้านโคก อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประชาชนเลขที่

□-□□□□-□□□□□□-□□-□ ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....

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

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะที่ชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ ในกิจการดังต่อไปนี้

- ( ) ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ
- ( ) รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ ด้วยเงินสด
- ( ) รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ โดยโอนผ่านบัญชีธนาคารผู้รับมอบอำนาจ
- ( ) เปิดบัญชีเงินฝากธนาคารเพื่อรับโอนเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้นเพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

งานที่ให้บริการ	การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโคก

ขอบเขตการให้บริการ	
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาที่เปิดให้บริการ
1.งานพัฒนาชุมชน บุญคำ ตำแหน่ง นักพัฒนาชุมชน โทร 0924350963	<u>วันจันทร์ – ศุกร์</u> วัน <u>วันหยุดราชการ</u> ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ
<p>ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2548 กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนเองมีภูมิลำเนาอยู่ ในกรณีที่ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้สามารถมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้ ณ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโคก ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.มีสัญชาติไทย</li> <li>2.มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโคก</li> <li>3.เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว</li> <li>4.มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่ สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณา ก่อน กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ ให้ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบ ต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่</li> </ol>

ขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการ		
ขั้นตอน	ระยะเวลา	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1. ผู้ป่วยเอดส์มาแสดงตนต่อเจ้าหน้าที่เพื่อยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์พร้อมเอกสารหลักฐาน	10 นาที	งานพัฒนาชุมชน อบต. บ้านโคก
2. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง และตรวจสอบคุณสมบัติสัมภาษณ์/บันทึกข้อมูล เพิ่มเติม	5 นาที	บุญคำ ตำแหน่ง นักพัฒนาชุมชน โทร 0924350963
3. เจ้าหน้าที่ลงพื้นที่เพื่อตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยเอดส์ ว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติสมควรได้รับการ สงเคราะห์หรือไม่ พิจารณาจากความเดือดร้อน เป็นผู้มีปัญหาซ้ำซ้อนเป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ	3 วัน	
4. เจ้าหน้าที่จัดลำดับผู้ป่วยเอดส์เบื้องต้นและให้ ผู้บริหารพิจารณาคัดเลือกขั้นต่อไป	2 วัน	

ระยะเวลา
ไม่เกิน 15 นาที/ราย ในการรับคำขอขึ้นทะเบียน และ ไม่เกิน 5 วันทำการในการพิจารณาคัดเลือก

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ
เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้
<p>1. ทะเบียนบ้านฉบับจริง พร้อมสำเนาจำนวน 1 ฉบับ</p> <p>2. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุว่าผู้ป่วย “เอดส์”</p> <p>3. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนาจำนวน 1 ฉบับ (กรณีแจ้งความประสงค์ขอรับเงินผ่านบัญชีธนาคาร)</p> <p>** ในกรณีที่มีความจำเป็นเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่สามารถมาขึ้นทะเบียนได้ด้วยตนเองสามารถมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนแทนได้ โดยมีเอกสารประกอบเพิ่มเติม ดังนี้ 1. หนังสือมอบอำนาจ จำนวน 1 ฉบับ</p> <p>2. เลนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน 1 ฉบับ</p>

ค่าธรรมเนียม
ไม่มีค่าธรรมเนียมในการขอรับเงินสงเคราะห์

## การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลอนนาย  
โศก โทรศัพท์ 042-219814 ต่อ 1925 หรือ

เว็บไซต์ [www.donhaisok.go.th](http://www.donhaisok.go.th)

## ตัวอย่างแบบฟอร์มและการกรอกข้อมูล

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 256.....

เขียนที่ อบต.บ้านโคก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....  
เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....อายุ.....ปี สัญชาติ.....  
มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
ตำบล บ้านโคก อำเภอ สุวรรณคูหา จังหวัด หนองบัวลำภู รหัสไปรษณีย์ 39270 โทรศัพท์.....  
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□  
สถานภาพสมรส □ โสด □ สมรส □ หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ □ อื่นๆ .....  
บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....  
เกี่ยวข้องโดยเป็น □ บิดา-มารดา □ บุตร □ สามี-ภรรยา □ พี่น้อง □ อื่นๆ .....  
สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ □ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ □ อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

**มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 256..... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)**

- รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
- พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้**
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง
- หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

(นางปริศา ศรีสวัสดิ์)

**หมายเหตุ** ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหน้าข้อความที่ต้อง

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

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

เป็นผู้สมัครครบถ้วน

เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) ..... เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

(นางสาวณัฐยา บุญคำ)

ตำแหน่ง นักพัฒนาชุมชน

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลบ้านโคก

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

สมควรรับขึ้นทะเบียน

ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

(ลงชื่อ) .....

(ลงชื่อ) .....

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวกาญจนา บุตรโคตร)

(นางสาวกฤตพร การแก้ว)

(นายอานัติ สุทธิสอน)

กรรมการ

กรรมการ

กรรมการ

คำสั่ง

รับขึ้นทะเบียน

ไม่รับขึ้นทะเบียน

อื่นๆ.....

(ลงชื่อ)

(นางอภิญญา แสนแก้ว)

นายกองค้การบริหารส่วนตำบลบ้านโคก



หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่ อบต.บ้านโคก

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า ..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรเลขที่ □-□□□□-□□□□□-□□-□

เลขที่ ..... ออกให้ ณ ..... เมื่อวันที่ ..... อยู่บ้านเลขที่ .....

หมู่ที่ ..... ตรอก / ซอย ..... ถนน..... ตำบล บ้านโคก อำเภอ สุวรรณคูหา จังหวัด หนองบัวลำภู

ขอมอบอำนาจให้ ..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรเลขที่ □-□□□□-□□□□□-□□-□

เลขที่ ..... ออกให้ ณ ..... เมื่อวันที่ ..... อยู่บ้านเลขที่ .....

หมู่ที่ ..... ตรอก / ซอย ..... ถนน..... ตำบล บ้านโคก อำเภอ สุวรรณคูหา จังหวัด หนองบัวลำภู

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ..... ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน

(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน

(.....)

## ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. ผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์

ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลศรีดอนมูล

๓. การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ อบต.ศรีดอนมูล

โดยมีหลักฐานที่ต้องนำมา ดังนี้

๓.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง

๓.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)

๓.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)

๔. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเอง จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้

๕. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุ และคนพิการด้วย สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด

๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้ว ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์จากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนาเท่านั้น

๗. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพฯ เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้องแจ้งให้อบต.ศรีดอนมูลทราบภายใน ๓ วัน

**และสามารถรับเงินได้ในปีงบประมาณถัดไป**

**ตั้งแต่เวลา 08.30 น.- 16.30 น. เว้นวันหยุดราชการ**

**และสามารถรับเงินได้ในเดือนถัดไป**

## ประกาศรายชื่อ ผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



### การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



### การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ



จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับในปัจจุบัน การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ คิด ในอัตราเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได

แบบ “ขั้นบันได” หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วง ๆ หรือเป็นขั้น ขึ้นไปเรื่อย ๆ โดยเริ่ม ตั้งแต่อายุ 60 ปี โดยคำนวณตามปีงบประมาณ มิใช่ปีปฏิทิน และไม่มีการเพิ่มของอายุระหว่างปี

#### ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือนสำหรับผู้สูงอายุ (แบบขั้นบันได)

ขั้น	ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนเงิน (บาท)
ขั้นที่ 1	60 – 69 ปี	600
ขั้นที่ 2	70 – 79 ปี	700
ขั้นที่ 3	80 – 89 ปี	800
ขั้นที่ 4	90 ปี ขึ้นไป	1,000

## ประกาศรายชื่อ ผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ



### การจ่ายเบี้ยยังชีพความพิการ



### การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบช่วงอายุ สำหรับคนพิการ



จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่คนพิการจะได้รับในปัจจุบัน (เริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563 เป็นต้นไป) โดยการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่คนพิการ คิดในอัตราเบี้ยยังชีพ 2 ช่วง

### ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือน สำหรับคนพิการ (แบบช่วงอายุ)

ชั้น	ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนเงิน (บาท)
ช่วงที่ 1	1 เดือน – 18 ปี	1,000
ช่วงที่ 2	18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป	800

## การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ



1. ตาย
2. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขต องค์การบริหารส่วนตำบลคอนหาญโศก
3. แจ้งสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
4. ขาดคุณสมบัติ

### หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และคนพิการ

#### กำหนด

1. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง
2. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพ หรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเป็นเงินสด ต้องมารับเงินให้ตรงตามวัน เวลาที่กำหนด
3. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพ หรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเป็น โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร ต้องตรวจสอบเลขที่บัญชี และให้มีเงินคงเหลือหรือมีการเคลื่อนไหวรายการบัญชีอย่างต่อเนื่อง
4. เมื่อย้ายภูมิลำเนาจาก องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโคก ไปอยู่ภูมิลำเนาอื่น ต้องแจ้ง ข้อมูล เพื่อให้องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโคกได้รับทราบ และต้องไปขึ้นทะเบียน ที่งานพัฒนาชุมชนแห่งใหม่ ทันที
5. กรณีเสียชีวิต ให้ผู้ดูแลหรือญาติของผู้สูงอายุ หรือคนพิการของผู้รับเงินเบี้ยยังชีพแจ้งการเสียชีวิต ให้ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโคก ได้รับทราบ (พร้อมสำเนาบัตรประชาชน) ภายใน 7 วัน

## ข้อเสนอสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

1. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดย สถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็น “โรคเอดส์จริง”
2. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโคก
3. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้
4. การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ กองสวัสดิการ  
สังคม องค์การบริหารส่วน ตำบลคอนหาญโศก โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่นดังนี้
  - 4.1 ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็น โรคเอดส์
  - 4.2 บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
  - 4.3 ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
  - 4.4 สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (พร้อมสำเนา)
5. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการ สงเคราะห์ได้ด้วยตนเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้ อุปการะมาดำเนินการแทน
6. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด
7. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้วแล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไป  
อยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ จากองค์การปกครองส่วน ท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ย ยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์การ ปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้าย ภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ถึงเดือนที่ย้าย ภูมิลำเนา เท่านั้น
8. กรณีคนพิการ /ผู้สูงอายุ ที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่ เสียชีวิตต้องแจ้งให้ งานพัฒนาชุมชนทราบภายใน 7 วัน

## วิธีการและขั้นตอนการปฏิบัติงานตามภารกิจอื่นที่ได้รับมอบหมาย

### ภารกิจงาน : โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

ภารกิจงานเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด เป็นภารกิจงานของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการเด็กและเยาวชน ซึ่งได้ขอความร่วมมือให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงาน รับลงทะเบียน จัดทำประกาศรายชื่อ บันทึกข้อมูลอย่างย่อ และจัดส่งเอกสารให้แก่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

#### วิธีการดำเนินการ

1. ให้บริการในการรับลงทะเบียนขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโคก ตามแบบที่กรมกิจการเด็กและเยาวชน กำหนด

- แบบ คร 01. แบบคำร้องเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
- แบบ คร 02. แบบรับรองสถานะของครัวเรือน ตารางแสดงจำนวนสมาชิกและรายได้ครัวเรือน
- แบบ คร 03. แบบคำร้องเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (กรณีไม่มี

ผู้รับรอง สถานะของครัวเรือน)

#### 1.1.คุณสมบัติเด็กแรกเกิดที่มีสิทธิ

1. มีสัญชาติไทย
2. เกิดตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558 เป็นต้น จนมีอายุครบ 6 ปี
3. อาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย
4. ไม่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของหน่วยงานของรัฐ หรือเอกชน

#### 1.2.คุณสมบัติผู้ปกครองที่มีสิทธิลงทะเบียน

1. สัญชาติไทย
2. เป็นบุคคลที่รับเด็กแรกเกิดไว้ในความอุปการะ
3. เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วย
4. อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย คือ สมาชิกครัวเรือน มีรายได้เฉลี่ยไม่

เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี

ทั้งนี้ มารดาที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ยังไม่ต้องมายื่นคำร้องขอลงทะเบียน

#### 1.3.เอกสารประกอบการลงทะเบียน

1. แบบ คร.01
2. แบบ คร.02
3. บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง

4. สูติบัตรเด็กแรกเกิด

5. สมุดบัญชีเงินฝากของผู้ปกครอง (ช.กรุงไทย/ช.ออมสิน/ชกส. ธนาคารใดธนาคารหนึ่ง เท่านั้น)

6. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (เฉพาะหน้าที่ 1 ที่มีชื่อของหญิงตั้งครรภ์) ในกรณีที่มีสมุด สูญหาย ให้ใช้เฉพาะสำเนาหน้าที่ 1 พร้อมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขขออนุญาตข้อมูลและรับรองสำเนา

7. กรณีที่ผู้ยื่นคำร้องและสมาชิกในครัวเรือนของผู้ยื่นคำร้องเป็นเจ้าของที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท ต้องมีเอกสารใบรับรองเงินเดือน หรือรับรองรายได้ของทุกคนที่มีรายได้ ประจำ โดยสลิปเงินเดือน หรือเอกสารหลักฐานที่นายจ้างลงนาม

8. สำเนาเอกสาร หรือบัตรข้าราชการ เจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่ง หรือเอกสารอื่นใดที่แสดงตน (อพม./อสม.) ของผู้รับรองคนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2

9. บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ (ถ้ามี)

ทั้งนี้ ให้ถือว่าวันที่องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโคกได้รับเอกสารครบถ้วนเป็นวันที่ยื่นคำร้องขอ ลงทะเบียน

2. หน่วยรับบริการลงทะเบียนให้ดำเนินการดังนี้

2.1. ออกเอกสารการรับลงทะเบียน (ใบท้ายแบบ ดร.01) และแจ้งช่องทางการติดต่อ

สอบถาม ข้อมูลเพิ่มเติม

2.2. จัดทำประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโคก เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อ การเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ประจำเดือน..... ครั้งที่ (แบบ ดร 04.) ปิดประกาศในที่เปิดเผยเป็นเวลา 15 วัน

หากคิดประกาศภายใน 15 วัน ไม่มีผู้คัดค้านให้ถือว่าผู้มีรายชื่อบัญชีแนบท้ายประกาศ เป็นผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุน เพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

2.3. ดำเนินการบันทึกข้อมูลอย่างย่อ ภายหลังปิดประกาศแล้วเสร็จสิ้น

2.4. จัดส่งเอกสารแบบ ดร.01 แบบ ดร.02 และเอกสารประกอบการลงทะเบียนให้สำนักงาน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด





แบบคำร้องขอลงทะเบียน เพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ปีงบประมาณ .....

หน่วยงานรับลงทะเบียน \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_  
เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

1. ข้อมูลผู้ลงทะเบียน/เป็นผู้ลงทะเบียนตามโครงการเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ

1.1 บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง ความสัมพันธ์กับเด็กแรกเกิด

ระบุ.....

1.2 เด็กชาย/เด็กหญิง/นาย/นาง/นางสาว.....

1.3 เลขประจำตัวประชาชน X - XXXX - XXXXX - XX - X

1.4 เกิดเมื่อวันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี

1.5 สัญชาติ \_\_\_\_\_

1.6 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ อาคาร/ตึก \_\_\_\_\_ ชั้น \_\_\_\_\_ เลขที่ห้อง \_\_\_\_\_ หมู่บ้าน \_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_ ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_ อำเภอ/

เขต \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์

XXXXX โทรศัพท์มือถือ XX - XXXX - XXXX

1.7 ที่อยู่ปัจจุบัน ใช้ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ อาคาร/ตึก \_\_\_\_\_ ชั้น \_\_\_\_\_ เลขที่ห้อง \_\_\_\_\_ หมู่บ้าน \_\_\_\_\_

ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_ ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_ อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ XXXXX โทรศัพท์บ้าน X - XXXX

- XXXX โทรศัพท์มือถือ XX - XXXX - XXXX

1.อาชีพ/ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ประกอบอาชีพ ระบุ \_\_\_\_\_

การศึกษา/ไม่ได้รับการศึกษา/กำลังศึกษา \_\_\_\_\_

2. ข้อมูลเด็ก (ตามสูติบัตร)

2.1 ชื่อ - นามสกุล/เด็กชาย/เด็กหญิง \_\_\_\_\_

2.2 เลขประจำตัวประชาชน X - XXXX - XXXXX - XX - X

3 เกิดเมื่อวันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_ ข้อมูลมารดา

2.4 /เด็กหญิง/นาง/นางสาว \_\_\_\_\_

2.5 เลขประจำตัวประชาชน X - XXXX - XXXXX - XX - X

2.6 อายุ\_\_\_ปี

2.7 สัญชาติ\_\_\_\_\_

2.8 อาชีพ/ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ประกอบอาชีพ ระบุ\_\_

2.9 การศึกษา/ไม่ได้รับการศึกษา/ กำลังศึกษา/จบการศึกษา (สูงสุด)\_\_\_ ข้อมูลบิดา  
ไม่ปรากฏบิดา

2.10 เด็กชาย/นาย\_\_

2.11 เลขประจำตัวประชาชน X - XXXX - XXXXX - XX - X

2.12 อายุ\_\_\_ปี      2.13 สัญชาติ \_\_\_

2.14 อาชีพ/ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ประกอบอาชีพ ระบุ\_\_\_\_\_

2.15 การศึกษา/ไม่ได้รับการศึกษา/กำลังศึกษา\_\_\_\_\_ จบการศึกษา (สูงสุด) \_\_\_

### 3. ช่องทางการรับเงินอุดหนุน (เลือกเพียง 1 ธนาคาร)

ธนาคารกรุงไทย ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ ธนาคารท.ก.ส. ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ ธนาคาร  
ออมสิน ประเภทบัญชีเงินฝากเพื่อเรียก ชื่อบัญชี\_\_\_\_\_ เลขที่บัญชี\_\_\_\_\_

### 4. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

4.1 แบบคำร้องขอลงทะเบียน (คร.01)

4.2 แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (คร.02)

4.3 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง

4.4 สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด

4.5 สำเนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (เฉพาะหน้าที่ปรากฏชื่อหญิงตั้งครรภ์)

ในกรณีที่สมุดสูญหายให้ใช้สำเนาหน้า 1 ประวัติหญิงตั้งครรภ์พร้อมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึก  
ข้อมูล และรับรอง สำเนา

4.6 สำเนาหน้าแรกของสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการ

เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (ธนาคารกรุงไทย หรือธนาคารออมสิน หรือธนาคาร  
เพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร)

4.7 หนังสือรับรองรายได้หรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่มีรายได้ประจำเป็นสมาชิกใน  
ครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท) จำนวนใบ

4.8 สำเนาเอกสาร หรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่น  
ใด ของผู้รับรองคนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ได้ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอม  
ให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของ ข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ยินยอมให้นำข้อมูลใน  
บัตรประจำตัวประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อ ตรวจสอบสถานะบุคคลใน  
ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร ข้อมูลทางการเงินและทรัพย์สิน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็น  
เท็จ ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินในส่วนที่รับไปโดยไม่มีสิทธิ หรือยินยอมให้หักจากสวัสดิการอื่น

หรือหักจากบัญชีเงินฝากธนาคารของ ข้าพเจ้าได้ ในการนี้ข้าพเจ้ายินดีรับข้อมูลข่าวสารเพื่อ  
ส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็กผ่านช่องทางต่าง ๆ

(ลงชื่อ).....ผู้ลงทะเบียน (ลงชื่อ) ผู้รับลงทะเบียน

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

วันที่ลงทะเบียน.....ตำแหน่ง

.....

วันที่ลงทะเบียน.....

.....ตัดตามรอยปรู

.....

2556 มาตรา 20/3 และมาตรา 20/4 กำหนดให้มี การจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการ เพื่อประโยชน์ในการ ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต ราชการส่วนท้องถิ่นอาจจัดตั้ง ศูนย์บริการคนพิการ ได้โดยใช้งบประมาณของ ตนเอง โดยให้ศูนย์บริการคนพิการ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้ 1.สำรวจติดตามสภาพปัญหาคนพิการ และจัดทำ ระบบข้อมูลการให้บริการในพื้นที่

2. ให้บริการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์คนพิการ

3. เรียกร้องแทนคนพิการ

4. ให้ความช่วยเหลือในการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน

5. ให้ความช่วยเหลือคนพิการ ให้ได้รับเครื่องมือหรืออุปกรณ์ตามความต้องการจำเป็นพิเศษเฉพาะบุคคล

6. ประสาน คัดกรอง ส่งต่อและให้ความช่วยเหลือคนพิการหรือผู้ที่มีแนวโน้มว่าจะพิการ ให้ได้รับการดูแล รักษาที่เหมาะสม

7. ประสานความช่วยเหลือกับหน่วยงานของรัฐที่มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบ เพื่อให้ความช่วยเหลือ คนพิการ ตามประเภทความพิการ

8. ติดตามและประเมินผล และรายงานเกี่ยวกับการได้รับสิทธิประโยชน์ และการดำรงชีวิตของคนพิการ

9. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่กำหนดตามพระราชบัญญัติ หรือกฎหมายอื่น หรือตามที่

คณะกรรมการ หรือกรม ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการกำหนด

โดยที่ผ่านมาองค์การบริหารส่วนตำบลคอนหายโศก ได้ดำเนินการเกี่ยวกับคนพิการ

ผ่านศูนย์บริการคน พิการทั่วไปองค์การบริหารส่วนตำบลคอนหายโศก ดังนี้

1. จัดทำฐานข้อมูลคนพิการในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโลก

2. แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารศูนย์คนพิการทั่วไปองค์การบริหารส่วนตำบลคอนหายโศก

3. จัดทำระเบียบ แผนการดำเนินงานของศูนย์คนพิการทั่วไปองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโลก

4. สำรวจคนพิการที่ต้องการสวัสดิการด้านต่างๆ เช่น การปรับสภาพที่อยู่อาศัย ด้านกาย

อุปกรณ์ ด้านค่า พาหนะนำพาคนพิการ โครงการส่งเสริมอาชีพ โครงการส่งเสริมสวัสดิการต่างๆ

โครงการด้านสุขภาพ เป็นต้น 5. จัดทำแผนของศูนย์คนพิการทั่วไปองค์การบริหารส่วนตำบลคอน

หายโศก จัดส่งให้สำนักงานพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานี เพื่อขอรับ

การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการตามแผนงานต่างๆ 6. เมื่อได้รับการสนับสนุนเงิน

งบประมาณแล้ว ได้ดำเนินการจัดบริการตามแผนของศูนย์คนพิการทั่วไป องค์การบริหารส่วน

ตำบลบ้านโลก

7. จัดประชุมคณะกรรมการบริหารศูนย์คนพิการทั่วไปองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโลก

8. ประสานงานการขอมิบัติประจำตัวคนพิการ ให้คนพิการทั้งรายใหม่และรายเก่า

9. รายงานผลการดำเนินงานให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานี

**ภารกิจงาน : การให้บริการส่งต่อบัตรคนพิการ**

1. ตรวจสอบคนพิการที่บัตรจะหมดอายุ แล้วส่งหนังสือแจ้งคนพิการให้มาดำเนินการต่อ บัตรคนพิการ โดย จะแจ้งก่อนบัตรหมดอายุ 1 เดือน

2. คำเนิการทำบัตรประจำตัวคนพิการด้วยตนเองได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัด อุดรธานี (ศาลากลางจังหวัด หลังใหม่ ชั้น 1) หรือติดต่อที่งานพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล บ้านโคก ให้เป็นผู้ประสานการทำบัตรประจำตัวคนพิการ โดยยื่นเอกสาร ดังนี้

### 2.1 รายใหม่

2.1.1 เอกสารรับรองความพิการ โดยแพทย์เฉพาะทาง (ฉบับจริง) (ความพิการด้านตา และหูให้ไป โรงพยาบาลประจำจังหวัดเท่านั้น)

2.1.2 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

2.1.3 สำเนาทะเบียนบ้าน

2.1.4 รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป

2.1.5 สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแล (กรณีมีผู้ดูแล)

2.1.6 กรณีมีผู้ดูแลแต่อยู่คนละทะเบียนบ้าน ต้องมีหนังสือรับรองจากผู้ใหญ่บ้านว่าเป็นผู้ดูแลคนพิการจริง

### 2.2 รายเก่า

2.2.1 เอกสารรับรองความพิการ โดยแพทย์เฉพาะทาง (ฉบับจริง)

2.2.2 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

2.2.3 สำเนาทะเบียนบ้าน

2.2.4 รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป

2.2.5 สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแล (กรณีมีผู้ดูแล)

2.2.6 สมุดคนพิการ/บัตรคนพิการที่หมดอายุแล้ว

2.2.7 กรณีมีผู้ดูแลแต่อยู่คนละทะเบียนบ้าน ต้องมีหนังสือรับรองจากผู้ใหญ่บ้านว่าเป็นผู้ดูแลคน

3. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอทำบัตรประจำตัวคนพิการ ให้ยื่นหลักฐาน ต่างๆ มาขึ้น และต้องทำหนังสือมอบอำนาจเพื่อขอทำบัตรคนพิการแทน

4. หลังจากได้บัตรประจำตัวคนพิการให้ไปเปลี่ยนสิทธิผู้พิการ (ท .74) ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามสิทธิหลักที่ใช้บัตรทองอยู่

5. ส่งเอกสารหลักฐานต่างๆ ไปที่ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดอุดรธานี สำนักงานพัฒนาสังคมและความ มั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานี เพื่อต่อบัตรคนพิการ

6. ติดต่อขอรับบัตร แจงให้คนพิการมารับบัตรที่องค์การบริหารส่วนตำบลคอนหายโศก

## การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ

การดำเนินการเปลี่ยน แปลงผู้ดูแลคนพิการ สามารถติดต่อได้ที่ สำนัก พัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์จังหวัดอุดรธานี (ศาลากลางจังหวัด หลังเก่า ชั้น 1) หรือติดต่อทีมงานพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล ดอนหายโศก โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

- 1.สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม
- 2.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ 1 ฉบับ
- 3.หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนเดิม ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ 1 ฉบับ
- 4.หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน
- 5.หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ
- 6.สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้รับรอง จำนวน 1 ฉบับ



## แบบคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ



หน่วยงานรับคำขอ.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขอมิบัตรครั้งแรก

ขอมิบัตรใหม่เนื่องจาก

บัตรเดิมหมดอายุ

ขำรุด

สูญหาย

มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ

อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

### ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

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

๑.๒ ชื่อ.....สกุล.....

๑.๓ เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน

๑.๕ ศาสนา  พุทธ  คริสต์  อิสลาม  อื่นๆ (ระบุ).....

๑.๖ สถานภาพสมรส  โสด  สมรสอยู่ด้วยกัน  หม้าย

๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....โทรสาร.....

Email Address.....

๑.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....โทรสาร.....

๑.๙ การศึกษา

ไม่ได้เรียน

จบการศึกษาชั้นสูงสุด

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษาตอนต้น

มัธยมศึกษาตอนปลาย

อาชีวศึกษา (ปวช.)

ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

อนุปริญญา ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

ปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....  อื่นๆ (ระบุ).....

๑.๑๐ อาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....

ประกอบอาชีพ

เกษตรกรรม

รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

ลูกจ้างเอกชน

รับจ้างทั่วไป

ธุรกิจส่วนตัว

อาชีพอื่นๆ (ระบุ).....

๑.๑๑ รายได้จากกิจการประกอบอาชีพของคนพิการ.....บาท/เดือน

๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว).....บาท

๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี) .....คน

**ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ**

๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ  มี  ไม่มี

๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(๑) คำนำนานาม  เด็กชาย  เด็กหญิง  นาย  นาง  นางสาว  อื่นๆ (ระบุ)

(๒) ชื่อ.....นามสกุล.....

(๓) เลขประจำตัวประชาชน

(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ  บิดามารดา  บุตร  สามเณรหรือภรรยา  พี่น้อง

ปู่ย่าตายาย  ลุงป้า/น้าอา  บุคคลอื่นๆ (ระบุ).....

(๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....โทรสาร.....

Email Address.....

(๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล.....บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ  ยินยอม  ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูล ส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ.....

(.....)

คนพิการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับมอบอำนาจ

เลขประจำตัวประชาชน

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน และเห็นควรให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการได้

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์

ความเห็นอื่น ๆ .....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

**ใบมอบอำนาจ/หนังสือยินยอม**



วันที่.....เดือน.....พ.ศ

.....

เขียนที่

.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ ปี  
ซึ่งเป็นผู้พิการ หรือ ผู้ดูแลคนพิการ อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล  
.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์

.....  
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่..... ออกเมื่อวันที่.....วันหมดอายุ  
.....

ขอมอบอำนาจให้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

เกี่ยวข้องกับคนพิการเป็น..... อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ถนน  
.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด เป็นผู้ดำเนินการ

- ทาบัตรประจำตัวคนพิการ / ต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ / แทนข้าพเจ้า
- ขอเพิ่มชื่อ / เปลี่ยนชื่อ ชื่อ-สกุล เป็นผู้ดูแลข้าพเจ้า
- ผู้ดูแลเดิม ชื่อ-สกุล..... ยินยอมให้ ชื่อ-สกุล เป็นผู้ดูแลคนใหม่
- อื่นๆ.....

แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจของข้าพเจ้าได้ทำไป  
ตามที่มอบอำนาจ นี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการเองด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือ  
ชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ) ผู้มอบอำนาจ (ผู้พิการ)

(.....)

(ลงชื่อ) ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ) พยาน

(.....)

แนบสำเนาบัตรประชาชนพร้อมลงลายมือชื่อทุกคน

หมายเหตุ - การรับรองเอกสารอันเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....

พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี  
เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ตรอก/ซอย  
.....

ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด  
..... โทรศัพท์..... ปัจจุบันอาศัยอยู่ที่  
.....

ขอมอบอำนาจให้.....อายุ.....ปี  
เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ตรอก/ซอย  
.....

ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด  
..... โทรศัพท์..... เป็นผู้มียอำนาจ

.....ทแนข้าพเจ้าจนเสร็จ  
การ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการกระทำ ที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไป นั้น ให้ถือเสมือนหนึ่งเป็นการ  
กระทำของ ข้าพเจ้า และเพื่อเป็นหลักฐานรับรองหนังสือฉบับนี้ ผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ  
ต่าง ได้ลงลายมือชื่อ/ลาย พิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

## ภารกิจงาน : การจัดตั้งคณะกรรมการสภาเด็กและเยาวชน

1.ขอเอกสารแบบ ทร.14 เพื่อขอข้อมูลเด็กและเยาวชนที่มีชื่อในทะเบียนบ้านอยู่ในเขต องค์การบริหารส่วน ตำบลคอนหายโศกที่มีอายุระหว่าง 0 – 25 ปี จากสำนักงานทะเบียนราษฎรอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

2.ประกาศประชาสัมพันธ์ให้เด็กและเยาวชนในพื้นที่เข้าร่วมการคัดเลือกคณะกรรมการสภาเด็กและเยาวชนในวันที่ 9 กันยายน 2560 ณ องค์การบริหารส่วนตำบลคอนหายโศก

3.แต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริมกิจการสภาเด็กและเยาวชนตำบลคอนหายโศก โดยมีนายกองค์การบริหาร ส่วนตำบลคอนหายโศก เป็นที่ปรึกษาคณะกรรมการ, ปลัดองค์การบริหาร ส่วนตำบลคอนหายโศก เป็นประธาน ผู้แทนหน่วยงานภาครัฐและเอกชนตามความเหมาะสมของพื้นที่กรรมการ และเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล ที่รับผิดชอบสภาเด็กและเยาวชน เป็นกรรมการ

4.คัดเลือกคณะกรรมการสภาเด็กและเยาวชนตามวันเวลาที่กำหนด

5.ประกาศผลการคัดเลือกคณะกรรมการสภาเด็กและเยาวชนตำบลบ้านโคก ให้นายกองค์การบริหาร ส่วนตำบลบ้านโคกลงนาม

6.คัดเลือกที่ปรึกษาคณะกรรมการสภาเด็กและเยาวชนตำบลบ้านโคก

-คณะกรรมการสภาเด็กและเยาวชนตำบลคอนหายโศก เสนอรายชื่อที่ปรึกษาการบริหารให้ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโคก โดยมีนายอำเภอเป็นที่ปรึกษาโดยตำแหน่ง

-องค์การบริหารส่วนตำบลคอนหายโศก จัดทำประกาศแต่งตั้งที่ปรึกษาฯ เสนอให้นายอำเภอ เป็นผู้ลงนาม

7.ส่งเอกสารข้อมูลคณะกรรมการสภาเด็กและเยาวชนให้บ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดอุดรธานี เพื่อบันทึก

ข้อมูลในระบบฐานข้อมูลสภาเด็กและเยาวชนตำบลคอนหายโศก

8.ส่งตัวแทนคณะกรรมการสภาเด็กและเยาวชน เข้าร่วมการคัดเลือกคณะกรรมการสภาเด็กและเยาวชนระดับอำเภอ

9.ส่งตัวแทนคณะกรรมการสภาเด็กและเยาวชนตำบลคอนหายโศก เข้าร่วมการคัดเลือกคณะกรรมการสภาเด็กและเยาวชนระดับอำเภอ

10.เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลที่รับผิดชอบสภาเด็ก เยาวชน เป็นพี่เลี้ยงให้สภาเด็กและ เยาวชนตำบลบ้านโคก จัดทำแผนงานเพื่อ ขอรับการสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ เด็กและเยาวชนตำบลคอนหายโศก

11. เมื่อได้รับการสนับสนุนเงินงบประมาณแล้ว ได้ดำเนินการจัดบริการตามแผนของ สภาเด็กและเยาวชน ตำบลคอนหายโศก

12.จัดให้มีการประชุมคณะกรรมการสภาเด็กและเยาวชนตำบลคอนหายโศก อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

13.จัดให้มีการประชุมสามัญประจำปี เพื่อคัดเลือกคณะกรรมการสภาเด็กชุดใหม่

14.รายงานผลการดำเนินงานให้บ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดอุดรธานี

## ภารกิจงาน : โครงการการสนับสนุนการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

ภารกิจงาน โครงการการสนับสนุนการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี เป็นภารกิจงานของกระทรวงการ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ ซึ่งได้ขอความร่วมมือให้องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นเป็นหน่วยงานรับลงทะเบียน และจัดส่งเอกสารให้แก่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัด

### ขั้นตอนการขอรับเงินค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

1.ยื่นเรื่องแก่หน่วยงานรับเรื่อง ได้แก่ พมจ. เทศบาล อบต. หรืออำเภอ โดยผู้รับผิดชอบจัดการศพยื่น คำขอภายใน 6 เดือน นับแต่วันที่ออกใบมรณบัตร

#### เอกสารที่ใช้ในการยื่นเรื่อง ประกอบด้วย 1.ใบมรณ

บัตรของผู้สูงอายุฉบับจริง

2.แบบคำขอรับเงินค่าจัดการศพ และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพ (ศพส.01)

3.สำเนาบัตรข้าราชการของผู้รับรองในแบบ ศพส.01

4.บัตรสวัสดิการแห่งรัฐของผู้สูงอายุ หรือหนังสือรับรองฯ (ศพส.02) กรณีผู้สูงอายุมีคุณสมบัติตาม เกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐแต่ยังไม่มียบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ หรือยังไม่ได้ลงทะเบียน

5.สำเนาบัตรข้าราชการของผู้รับรองในแบบ ศพส.02

6.บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ

7.สมุดบัญชีธนาคารของผู้ยื่นคำขอ

8.แบบแจ้งข้อมูลการรับเงิน โอนผ่านระบบฯ

ทั้งนี้ สำเนาทุกฉบับต้องไม่หมดอายุ และลงนามรับรองสำเนา

ครบถ้วนถูกต้อง คุณสมบัติผู้สูงอายุ

1.อายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

2.สัญชาติไทย

3.ผู้สูงอายุมีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เว้นแต่ ผู้สูงอายุมีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ แต่ ยังไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ หรือยังไม่ได้ลงทะเบียน ให้มีผู้รับรองตามข้อ 4

4.ผู้รับรองตามแบบ ศพส.01 และ ศพส.02 ได้แก่ นายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล

2.หน่วยรับเรื่องตรวจสอบคุณสมบัติผู้สูงอายุ ตามเกณฑ์ประกาศ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์ ปี 2563 และตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร

2.1.1.กรณีเป็นไปตามเกณฑ์ประกาศกระทรวง พม.2563 ให้หน่วยงานรับเรื่อง รวบรวมแบบคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานส่งให้ พมจ.

2.1.2.กรณีไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประกาศกระทรวง พม.2563 ให้แจ้งผู้ยื่นคำขอรับค่าจัดการศพ ผู้สูงอายุ

3.กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ช่วยเหลือเป็นเงินในการ จัดการศพผู้สูงอายุ รายละ 3,000 บาท โดยวิธี โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ยื่นคำ



## แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

เขียนที่ .....

วัน ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

**ส่วนที่ 1** : สำหรับผู้ยื่นขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ..... อายุ ..... ปี  
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน ..... ออกให้โดย ..... วันออกบัตร .....  
 วันหมดอายุ ..... อาชีพ ..... อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย .....  
 ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....  
 รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... โทรศัพท์มือถือ .....

มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ตายในฐานะเป็น ..... และเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุ โดยได้รับความยินยอมจากบิดา/มารดา/บุตร/พี่น้อง/เครือญาติ/ของผู้สูงอายุที่ตายให้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพของผู้สูงอายุที่ตาย ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) ..... อายุ ..... ปี  
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน ..... ออกให้โดย ..... วันออกบัตร .....  
 วันหมดอายุ ..... อาศัยอยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....  
 ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
 โทรศัพท์ ..... โทรศัพท์มือถือ .....

ถึงแก่กรรมด้วยสาเหตุ ..... เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
 ตามใบมรณบัตรเลขที่ ..... ออกให้โดย ..... เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าไม่เคยได้รับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุรายนี้มาก่อน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

(ลงชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ  
 ( ..... )  
 วันที่ ..... / ..... / .....

**ส่วนที่ 2** ข้อมูลผู้ให้การรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

เขียนที่ .....

วัน ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ..... ตำแหน่ง .....  
 สังกัดหน่วยงาน ..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน .....  
 ออกให้โดย ..... วันออกบัตร ..... วันหมดอายุ .....  
 อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....  
 อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....

ขอรับรองว่าผู้ยื่นคำขอดังกล่าวเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุรายนี้จริง

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับรอง  
 ( ..... )  
 ตำแหน่ง .....  
 วันที่ ..... / ..... / .....



แบบรับรองการจัดการศพผู้สูงอายุ กรณีไม่ได้รับการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ในปีที่ตาย  
และผู้สูงอายุอยู่ในครัวเรือนยากจนตามเกณฑ์ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.)

เขียนที่ .....

วัน ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว) ..... ตำแหน่ง .....

สังกัดหน่วยงาน ..... อายุ ..... ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ..... ออกให้โดย .....

วันออกบัตร ..... วันหมดอายุ ..... อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... หมู่บ้าน .....

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

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

โทรศัพท์มือถือ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผู้สูงอายุที่ตายอยู่ในครัวเรือนยากจนและไม่ได้รับการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.)  
กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย หรือกรุงเทพมหานคร หรือเมืองพัทยา โดยได้ตรวจสอบรายชื่อผู้สูงอายุแล้วไม่ปรากฏรายชื่อ  
อยู่ในการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) และผู้สูงอายุที่ตายอยู่ในครัวเรือนยากจน โดยมีรายได้ในครัวเรือนเฉลี่ยต่อปี  
ตกเกณฑ์รายได้ข้อมูลความเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ในปีที่ตายจริง

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ ..... / ..... / .....

หมายเหตุ : ผู้ให้การรับรองผู้สูงอายุที่ตายเป็นผู้ที่อยู่ในครัวเรือนยากจนตามเกณฑ์ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) และไม่ได้รับ  
การสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ในปีที่ตาย รับรองโดย นายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือกำนัน  
หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือประธานชุมชน หรือผู้อำนวยการสำนักงานเขต หรือนายอำเภอ หรือนายกเมืองพัทยา โดยผู้ยื่นคำขอและผู้รับรอง  
ต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน