



คู่มือการปฏิบัติงานสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลหนองผักนาก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

- การยื่นคำร้องขอลงทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- การยื่นคำร้องขอลงทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพความพิการ
- การยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
- การยื่นคำร้องโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลหนองผักนาก

โทรศัพท์. 0-3544-0842

โทรสาร. 0-3549-6567



สัญลักษณ์ผู้สูงอายุ



สัญลักษณ์คนพิการ



สัญลักษณ์วันเอดส์โลก



สัญลักษณ์เด็กแรกเกิด

คำนำ

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองผักนาก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคม ให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองผักนาก และส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับบุคคลเหล่านี้ รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการ ดำเนินการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การรับลงทะเบียนคนพิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ และรับคำร้องผู้ป่วยเอดส์เพื่อรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพฯ ให้กับบุคคลดังกล่าว

โดยยึดถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และแก้ไขเพิ่มเติม และการรับลงทะเบียนโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่เข้ามาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวกรวดเร็ว และถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าว องค์การบริหารส่วนตำบลหนองผักนาก จึงได้ดำเนินการจัดทำคู่มือการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ และโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดขึ้นมา

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองผักนาก หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ปกครองของเด็กแรกเกิด ได้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิอันพึงจะได้รับต่าง ๆ รวมทั้งได้ทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยจะทำให้เกิดประโยชน์อันสูงสุดต่อบุคคลดังกล่าว และประชาชนที่มาขอรับบริการ ต่อไป

สำนักปลัด

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองผักนาก



ตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึง เดือนพฤศจิกายน
และ เดือนมกราคม ถึง เดือนกันยายน
ของทุกปี



เป็นวันรับขึ้นทะเบียน
ผู้สูงอายุ..และคนพิการ นะคะ

อย่าลืม !!!! นะจ๊ะ
ไม่มีชื่อ ไม่มีสิทธิ





คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
ตรวจสอบคุณสมบัติของตนเอง ตามรายการดังนี้

๑. มีสัญชาติไทย
 ๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
 ๓. มีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 ๔. ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่
 - (ก) ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน
 - (ข) ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 - (ค) ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ
- บุคคลตาม (ก) (ข) หรือ (ค) ไม่รวมถึง ผู้พิการ หรือผู้ป่วยเอดส์ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ หรือผู้ที่ได้รับสวัสดิการอื่นตามมติคณะรัฐมนตรี

หมายเหตุ

กรณีได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้วย้ายเข้ามาอาศัยอยู่ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองผักนาก จะต้องมาลงทะเบียน ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลหนองผักนาก ภายในวันที่ย้าย
แต่ไม่เกินเดือนพฤศจิกายน

เพื่อการใช้สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพอย่างต่อเนื่อง...ค่ะ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการผู้พิการ ตรวจสอบคุณสมบัติของตัวเอง ตามรายการดังนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการคุณภาพชีวิตคนพิการ
๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ



ตัวอย่างบัตรและสมุดประจำตัวคนพิการ

หมายเหตุ

กรณีได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการอยู่แล้ว และได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองผักนาก จะต้องมาลงทะเบียน ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลหนองผักนาก ภายในวันที่ย้าย

เพื่อใช้สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพในเดือนต่อไป.....ค่ะ



ขั้นตอนการขึ้นทะเบียน เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



ยื่นเอกสาร หลักฐาน
ลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

- บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มี
- รูปถ่าย
- ทะเบียนบ้าน
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร

หมายเหตุ : ในกรณีที่มีความจำเป็น ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถยื่นคำขอลงทะเบียนด้วยตนเองได้ อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอลงทะเบียนขอรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนก็ได้ โดยกรอกรายละเอียดตามแบบคำขอลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุให้ถูกต้องครบถ้วน และให้ยื่นคำขอประกอบกับเอกสารหลักฐานของ ผู้สูงอายุพร้อมเอกสารการมอบอำนาจ

ขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ และยื่นเอกสารประกอบได้ที่
สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลหนองผักนาก

โทรศัพท์. ๐-๓๕๔๔-๐๘๔๒

โทรสาร. ๐-๓๕๔๙-๖๕๖๗



ขั้นตอนการยื่นขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ

ยื่นเอกสาร หลักฐาน
ลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความคนพิการ

- บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับจริง
- บัตรประชาชน
- ทะเบียนบ้าน
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร



- หมายเหตุ :
1. ในกรณีที่มีคนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบธรรม คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือไร้ความสามารถให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทน ดังกล่าว
 2. กรณีคนพิการไม่สามารถยื่นคำขอได้ด้วยตนเองให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทนโดยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับรองสถานะของคนพิการ แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการ และผู้ดูแลคนพิการไปแสดงต่อหน้าเจ้าหน้าที่ด้วย

ยื่นขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ และยื่นเอกสารประกอบได้ที่
สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลหนองผักนาก

โทรศัพท์. ๐-๓๕๔๔-๐๘๔๒

โทรสาร. ๐-๓๕๔๔-๖๕๖๗



คำชี้แจง

ผู้สูงอายุ ที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพอยู่แล้วในพื้นที่อื่น ภายหลังจากได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองผักนาก ให้มาขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพต่อที่ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองผักนาก ตั้งแต่วันที่ย้ายแต่ไม่เกินเดือนพฤศจิกายนของปี นั้นๆ แต่สิทธิในการรับเงินยังคงอยู่ที่เดิมจนสิ้นปีงบประมาณ....

กรณีตัวอย่าง นาง ก.รับเงินเบี้ยยังชีพอยู่ อบต.คนไทย แต่ในภายหลังจากได้แจ้งย้ายที่อยู่ เข้ามาอยู่ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองผักนาก ในวันที่ ๘ กรกฎาคม ๒๕๖๓ นาง ก. ต้องมาขึ้นทะเบียนใหม่ ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลหนองผักนาก ตั้งแต่วันที่ย้าย แต่ต้องไม่เกินวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ แต่ นาง ก. จะยังคงรับเงินเบี้ยยังชีพที่ อบต.คนไทย อยู่จนถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๓ และจะมีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองผักนาก ในเดือนตุลาคม ๒๕๖๓ เป็นต้นไป.....

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ

ให้ผู้ที่มาใช้บริการยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพทุกรายการ เข้ามาตรวจสอบรายชื่อตามประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลหนองผักนาก ภายในวันที่ ๕ ธันวาคม ของทุกปี (นับจากวันสิ้นสุดกำหนดการยื่นคำขอขึ้นทะเบียน ณ วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี)

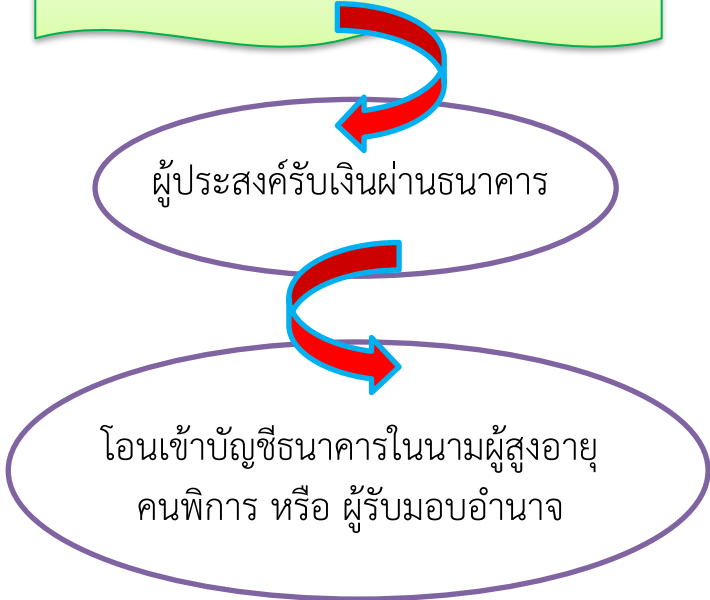
การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองผักนาก จะดำเนินการเบิก - จ่ายเงินให้กับผู้สูงอายุและคนพิการ ที่มาขึ้นทะเบียนไว้แล้ว โดยจะเริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคมปีถัดไป โดยจะโอนเข้าบัญชีธนาคารตามที่อยู่ผู้สูงอายุและคนพิการได้แจ้งความประสงค์ไว้ ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน....

กำหนดวันจ่ายเงินเบี้ยยังชีพ ภายในวันที่ ๑๐ ของเดือน

อาทิตย์ SUN	จันทร์ MON	อังคาร TUE	พุธ WED	พฤหัสบดี THU	ศุกร์ FRI	เสาร์ SAT
		1	2	3	4	5
6	7	8	9 →	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

ช่องทางการรับเงินเบี้ยยังชีพ



การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับในปัจจุบัน การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ คิดในอัตราเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได

“ขั้นบันได” หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วง ๆ หรือเป็นขั้นขึ้นไปเรื่อย ๆ โดยเริ่ม ตั้งแต่อายุ ๖๐ ปี

โดยคำนวณตามปีงบประมาณมิใช่ปีปฏิทิน และไม่มี การเพิ่มของอายุระหว่างปี
ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือนสำหรับผู้สูงอายุ (แบบขั้นบันได)

ขั้น	ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนเงิน (บาท)
ขั้นที่ ๑	๖๐ - ๖๙ ปี	๖๐๐
ขั้นที่ ๒	๗๐ - ๗๙ ปี	๗๐๐
ขั้นที่ ๓	๘๐ - ๘๙ ปี	๘๐๐
ขั้นที่ ๔	๙๐ ปี ขึ้นไป	๑,๐๐๐

วิธีคำนวณอายุของผู้สูงอายุ

การนับอายุว่าจะอยู่ในขั้นที่เท่าไร ให้นับ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน เท่านั้น

๑. นาง ก. เกิด ๓๐ กันยายน ๒๔๙๐ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐ นาง ก. จะอายุ ๗๐ ปี หมายความว่า นาง ก. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๗๐๐ บาท ในเดือน ตุลาคม ๒๕๖๐ (งบประมาณปี ๒๕๖๑)

๒. นาง ข. เกิด ๑ ตุลาคม ๒๔๙๐ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐ นาง ข. จะอายุ ๖๙ ปี หมายความว่า นาง ข. จะได้รับเงิน เบี้ยยังชีพเดือนละ ๖๐๐ บาท เท่าเดิม จนกว่าจะถึงรอบปีถัดไป

หมายเหตุ : การนับรอบปีงบประมาณ คือ เริ่มนับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม - ๓๐ กันยายน เช่น
ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จะเริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕
ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จะเริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖

การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ



๑. ตาย
๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขต เทศบาลอุดมธรรม
๓. แจ้งสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
๔. ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖

หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และคนพิการ

๑. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง
๒. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพ หรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเป็นเงินสด ต้องมารับเงินให้ตรงตามวัน เวลา ที่กำหนด
๓. เมื่อย้ายภูมิลำเนาจาก เทศบาลตำบลอุดมธรรม ไปอยู่ภูมิลำเนาอื่น ต้องแจ้งข้อมูลเพื่อให้ เทศบาลอุดมธรรมได้รับทราบ



ตาย



ย้ายที่อยู่

ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ

๑. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสารรับรอง ความพิการ
๒. ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัด (ศาลากลางจังหวัดสุพรรณบุรี) ด้วยตนเอง โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้
 - ๒.๑ เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยแพทย์เฉพาะทาง (ตัวจริง)
 - ๒.๒ รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
 - ๒.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
 - ๒.๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
 - ๒.๕ ถ้าคนพิการมีผู้ดูแลให้นำสำเนาบัตรประชาชนและ
สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ



ตัวอย่างบัตรและสมุดประจำตัวคนพิการ

การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

การดำเนินการต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการสามารถต่อได้ที่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (ศาลากลางจังหวัดสุพรรณบุรี)

โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๑. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อให้แพทย์วินิจฉัยและออกเอกสารรับรองความพิการ
๒. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม
๓. รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
๔. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
๕. สำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ จำนวน ๑ ฉบับ
๕. หลักฐานสำหรับผู้ดูแลคนพิการ (กรณีต้องมีผู้ดูแลคนพิการ)
ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ

การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ สามารถติดต่อได้ที่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (ศาลากลางจังหวัดสุพรรณบุรี)

โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๑. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
๓. **หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนเดิม** ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
๔. **หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนใหม่** ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
๕. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ
๖. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้รับรอง จำนวน ๑ ฉบับ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ส.อบต. หรือ ข้าราชการ ระดับ ๓ ขึ้นไป)

การยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๑. ผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ โดยยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองผักนาก
๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่ สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้
๔. การยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองผักนาก โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบ การยื่นดังนี้
 - ๔.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
 - ๔.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง
 - ๔.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง
๕. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะทำการมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้
๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ นั้น สามารถดำเนินการยื่นคำขอได้ทั้งหมด
๗. กรณีผู้ป่วยเอดส์ ได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์มาแล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนาไป อยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่โดยทันที ผู้ป่วยเอดส์จะมีสิทธิได้รับ **เงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนาเท่านั้น**
๗. กรณีผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิตลง ให้ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิต เข้ามาดำเนินการแจ้งการเสียชีวิต ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลหนองผักนาก ให้ทราบภายใน ๗ วัน
ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่าป่วยเป็น **โรคเอดส์ /AIDs** เท่านั้น

เงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด

โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

เป็นอีกหนึ่งมาตรการหนึ่ง ที่ช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายของคุณพ่อ – คุณแม่ ที่อยู่ในครอบครัวที่มีฐานะยากจน เพราะรัฐจะสนับสนุนเงินช่วยเหลือค่าเลี้ยงดูบุตรคนละ ๖๐๐ บาท/เดือน ซึ่งจะจ่ายให้ทุกเดือนตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ ๖ ขวบ

ใครได้สิทธิ์รับเงินอุดหนุน

๑. รายเก่าสำหรับผู้ลงทะเบียนที่มีสิทธิ์รับเงินอุดหนุน (รายเดิม)
๒. สำหรับผู้มาให้ข้อมูลรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒) เพิ่มเติมภายหลัง วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒
๓. สำหรับผู้ลงทะเบียนรายใหม่ที่ผ่านการพิจารณาแล้ว และได้มีการบันทึกข้อมูลสมบูรณ์แล้ว และอยู่ในระบบฐานข้อมูลของโครงการเงินอุดหนุนฯ ภายใน วันที่กำหนด

ลงทะเบียนอุดหนุนเด็กแรกเกิด

หากเคยลงทะเบียนไว้แล้วในปีก่อนหน้า ไม่ต้องมาลงทะเบียนใหม่ โดยจะได้รับการโอนเงินต่อเนื่องจนบุตรมีอายุ ๖ ขวบ แต่กรณียังไม่เคยมาลงทะเบียนมาก่อน หรือเพิ่งคลอดบุตรในช่วงปลายปี ๒๕๖๒ ก็สามารถมาลงทะเบียนได้ ตามสถานที่รับลงทะเบียนดังต่อไปนี้

- กรุงเทพมหานคร : ลงทะเบียนได้ที่สำนักงานเขตในพื้นที่ที่พักอาศัยอยู่
- เมืองพัทยา : ลงทะเบียนได้ที่ศาลาว่าการเมืองพัทยา
- ส่วนภูมิภาค : ลงทะเบียนที่สำนักงานเทศบาล หรือที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบล

คุณสมบัติผู้มีสิทธิ์ขอรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูแรกเกิด

เด็กแรกเกิดที่มีสิทธิ์

- ๑) ต้องมีสัญชาติไทย
- ๒) พ่อแม่ของเด็กต้องมีสัญชาติไทย หรือคนใดคนหนึ่งมีสัญชาติไทย
- ๓) เด็กต้องเกิดตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๘ เป็นต้นไป จนมีอายุครบ ๖ ขวบ
- ๔) อาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย
- ๕) ไม่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของหน่วยงานของรัฐ หรือเอกชน

ผู้ปกครองที่มีสิทธิลงทะเบียน

- มีสัญชาติไทย
- เป็นบุคคลที่รับเด็กแรกเกิดไว้ในอุปการะ (ไม่ใช่พ่อแม่ก็ได้)
- เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วย
- อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ คือ สมาชิกในครัวเรือน

มีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ต่อคนต่อปี

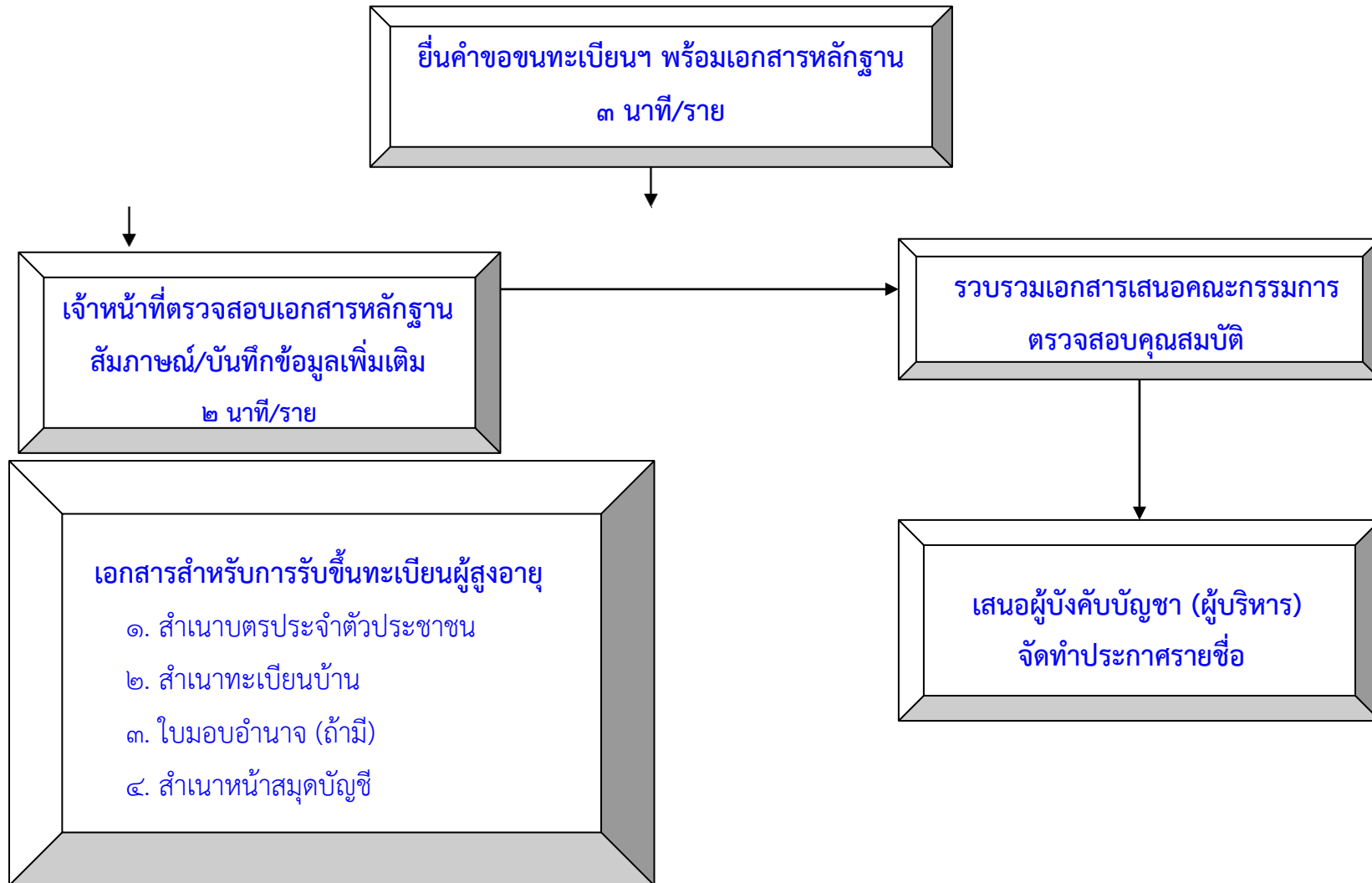
หมายเหตุ : มารดาที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ ยังไม่ต้องมายื่น คำร้องขอลงทะเบียนขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

เอกสารที่ใช้ลงทะเบียนรับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด

๑. แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.๐๑)
๒. แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒)
๓. บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง
๔. สูติบัตรเด็กแรกเกิด
๕. สมุดบัญชีเงินฝากของผู้ปกครอง ไม่ต้องแนบ
(บัญชีธนาคาร ต้องผูกพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชนกับบัญชีเงินฝากธนาคารเท่านั้น)
๖. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก เฉพาะหน้าที่ ๑ ที่มีชื่อของหญิงตั้งครรภ์ (ในกรณีที่สมุดสูญหาย ให้ใช้เฉพาะสำเนาหน้าที่ ๑ พร้อมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูลและรับรองสำเนา)
๗. กรณีที่ผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียน และสมาชิกในครัวเรือนของผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนเป็นเจ้าของที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัทต้องมีเอกสาร ใบรับรองเงินเดือน หรือหนังสือรับรองรายได้ของทุกคนที่มี รายได้ประจำ (สลิปเงินเดือน หรือเอกสารหลักฐานที่นายจ้างลงนาม)
๘. สำเนาเอกสารหรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่ง หรือเอกสารอื่นใดที่แสดงตนของผู้รับรองคนที่ ๑ และผู้รับรองคนที่ ๒

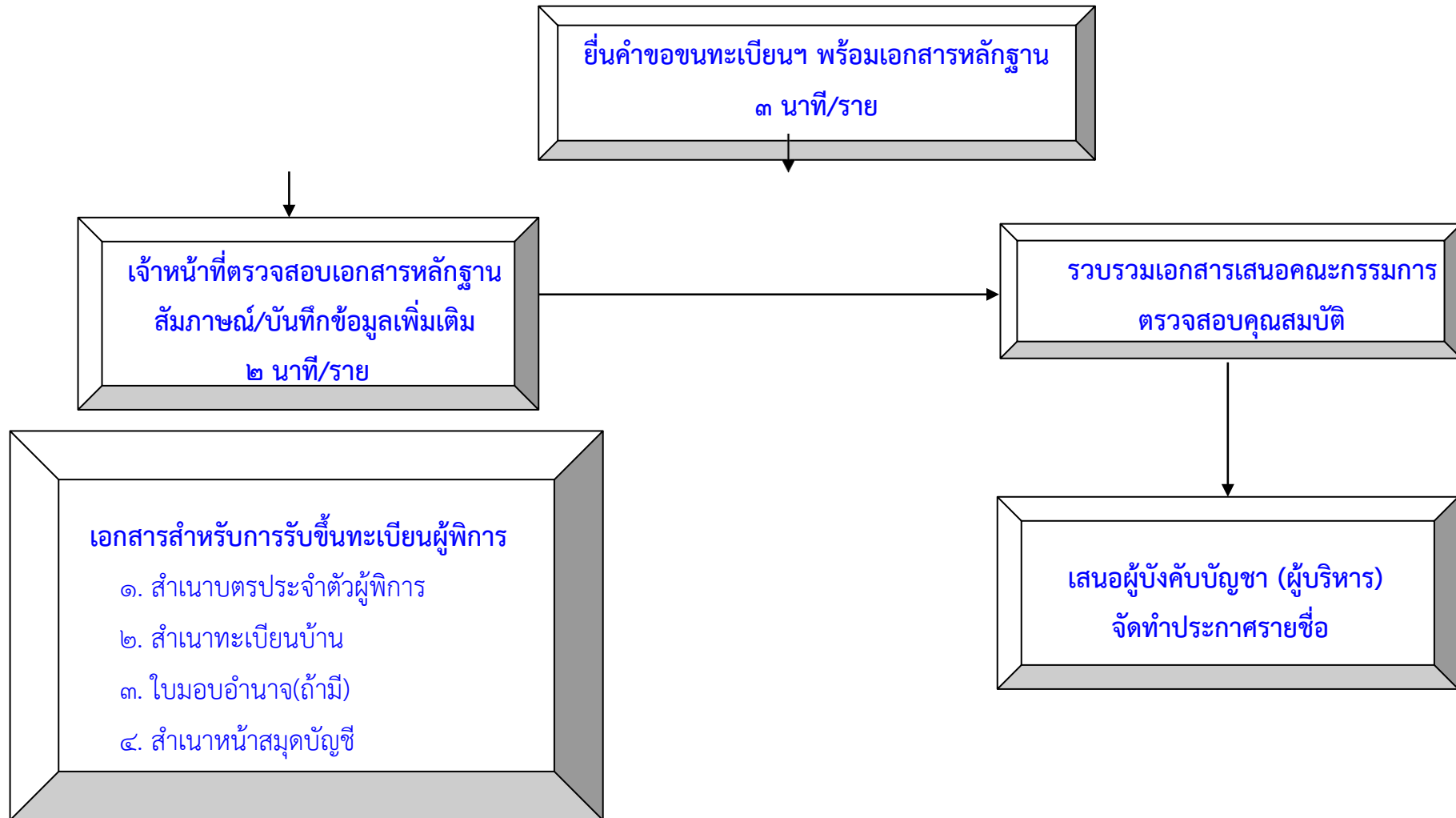


แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ)



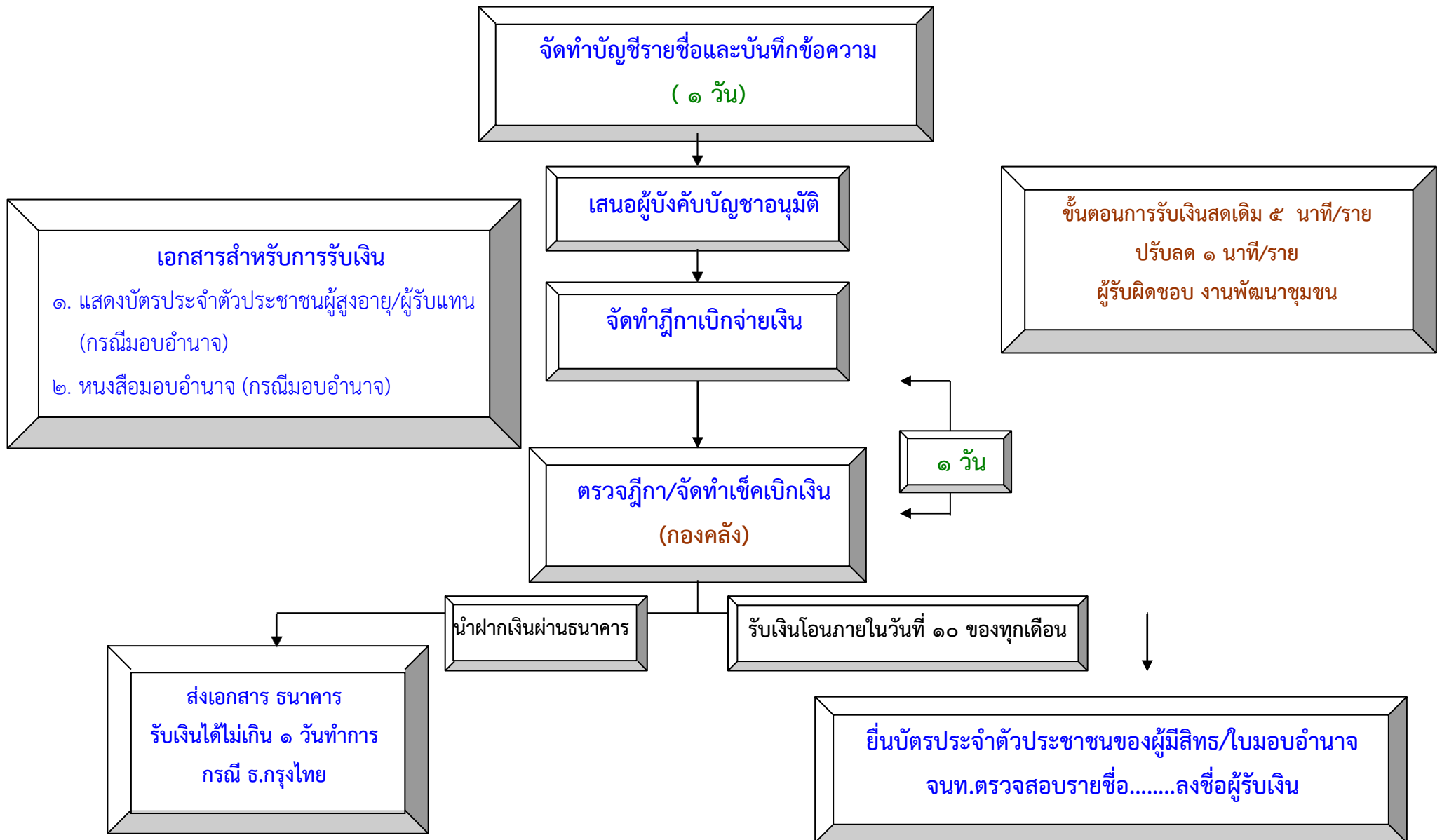
ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ เดิม ๑๐ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๓-๕ นาที/ราย

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ)

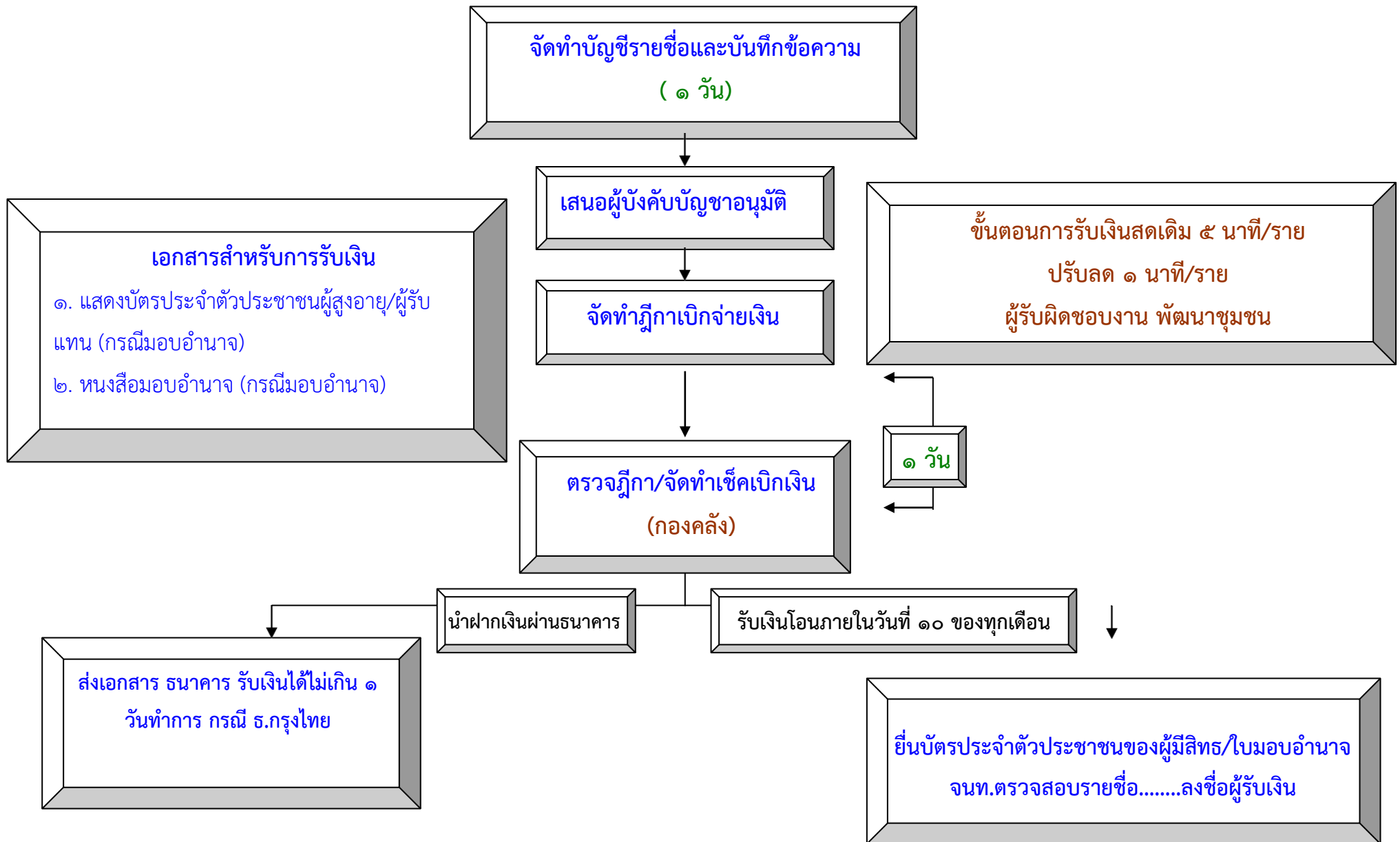


ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ เดิม ๑๐ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๓-๕ นาที/ราย

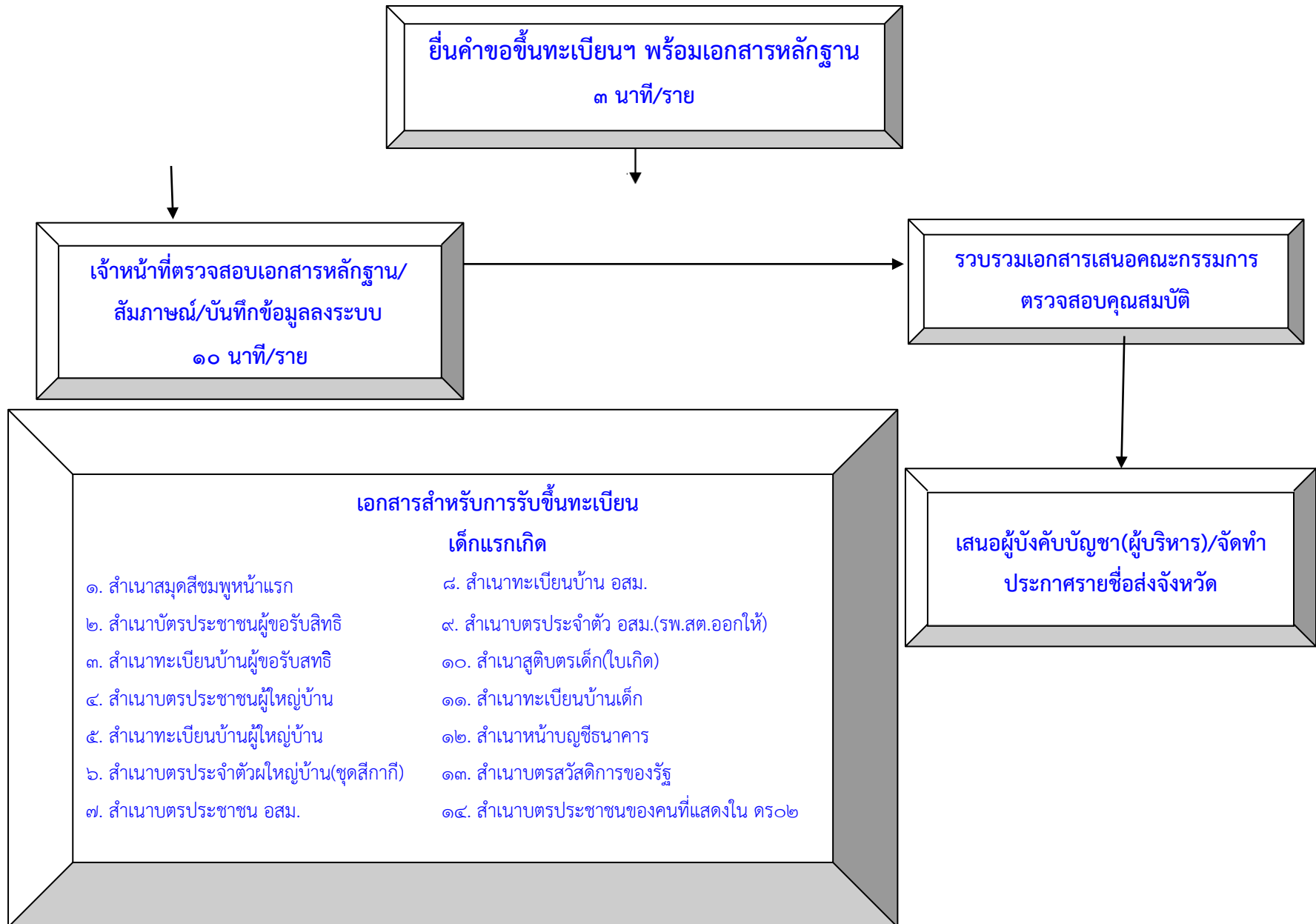
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การเบิก-จ่ายเบี้ยผู้สูงอายุ)



แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การเบิก-จ่ายเบี้ยความพิการ)



แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนเด็กแรกเกิด)



ตัวอย่างแบบฟอร์มคำขอขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ

ทะเบียนเลขที่/.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น กับผู้สูงอายุที่ลงทะเบียน
ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ)..... เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

□-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่.....

..... โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เดือน.....พ.ศ. อายุ.....ปี สัญชาติ.....ไทย มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....

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

อำเภอ/เขต.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

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

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

อาชีพ..... รายได้ต่อเดือน..... บาท

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการของรัฐ

ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ได้รับเงินเบี้ยความพิการ

ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง

รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคล

ที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

ทะเบียนบ้าน

สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ณ วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย / ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
<p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย / นาง / นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติในการลงทะเบียนครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่รอตรวจสอบคุณสมบัติ ณ วันที่มีสิทธิได้รับ เงินเบี้ยยังชีพ <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>เรียน นายก อบต..... คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน..... กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p>
<p>คำสั่ง <input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... (ลงชื่อ)..... (.....) นายก อบต..... วัน/เดือน/ปี.....</p>	

(ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บเพื่อเป็นหลักฐานลงทะเบียน.....

ผู้สูงอายุชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน โดยได้รับตั้งแต่เดือน.....พ.ศ..... เป็นต้นไป

กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาที่ไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ นับตั้งแต่วันที่ย้ายแต่ไม่เกินเดือนพฤศจิกายนของปีนั้น โดยทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้เบี้ยผู้สูงอายุ ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งเดิม จนสิ้นปีงบประมาณที่ได้รับลงทะเบียนไว้ และรับที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ในปีงบประมาณถัดไป

ตัวอย่างแบบฟอร์มคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๖

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา - มารดา บุตร สามเ - ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผดูแลคนพิการ)..... เลขประจำตัวประชาชน ---- ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล..... เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชุมชน.....ตรอก/ซอย.....ถนน..... ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้พิการที่ยื่นคำขอ ----

- ประเภทความพิการ ความพิการทางการเห็น ความพิการทางสติปัญญา ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อ ความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางออกทิสติก ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ..... รายได้ต่อเดือน.....อาชีพ..... บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ โทรศัพท์.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ

- ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ได้รับเงินเบี้ยความพิการ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อมีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี) รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ ผู้ดูแล ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย สำเนาทะเบียนบ้าน สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ บัญชีเงินฝากธนาคาร..... บัญชีเลขที่..... ชื่อบัญชี

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย”

“ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

<p style="text-align: center;">ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ □ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน □ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติเนื่องจาก..... (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p style="text-align: center;">ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบล..... คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">(ลงชื่อ)..... (.....) นายก อบต..... วัน/เดือน/ปี.....</p>	

ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้พิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.
โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....(ถัดไป นับแต่วันขึ้นทะเบียน)
ในอัตราเดือนละ ๘๐๐/๑,๐๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น
จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์รปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่โดยทันที
ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือมอบอำนาจ

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ขอมอบอำนาจให้.....เกี่ยวพันเป็น.....
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....เลขที่.....ออกให้ ณ.....
เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจ.....ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ.....แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ
ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้ เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วย
ตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ/ผู้สูงอายุ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือมอบอำนาจ

หนังสือมอบอำนาจยื่นรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/ผู้พิการ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ขอมอบอำนาจให้.....เกี่ยวพันเป็น.....
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....เลขที่.....ออกให้ ณ.....
เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจ.....รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/ผู้พิการ..... แทนข้าพเจ้า โดยข้าพเจ้ามอบอำนาจให้รับ
เงินเบี้ยยังชีพรายเดือนทุกเดือนตลอดปีงบประมาณ..... หรือจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจ/ผู้สูงอายุ
(.....)

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)

ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือแสดงความประสงค์รับเงินเบี้ยยังชีพ

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลหนองผักนาก

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มีสิทธิได้รับ
การสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้สูงอายุ ลำดับที่..... นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

- () เป็นเงินสด
- () โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
เลขที่บัญชี.....
- () แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

**ตัวอย่างคำขอลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด****แบบคำร้องลงทะเบียน**

เพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ปีงบประมาณ

หน่วยงานรับลงทะเบียน.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ข้อมูลผู้ลงทะเบียน เป็นผู้ลงทะเบียนตามโครงการเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ๑.๑ บิดา มารดา ผู้ปกครอง ความสัมพันธ์กับเด็กแรกเกิดระบุ.....๑.๒ เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว.....๑.๓ เลขประจำตัวประชาชน - - - -

๑.๔ เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี

๑.๕ สัญชาติ.....

๑.๖ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... อาคาร/ตึก..... ชั้น..... เลขที่ห้อง..... หมู่บ้าน.....

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

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์บ้าน - - โทรศัพท์มือถือ - - ๑.๗ ที่อยู่ปัจจุบัน ใช้ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... อาคาร/ตึก..... ชั้น..... เลขที่ห้อง..... หมู่บ้าน.....

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

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์บ้าน - - โทรศัพท์มือถือ - - ๑.๘ อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ประกอบอาชีพ ระบุ.....๑.๙ การศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา กำลังศึกษา..... จบการศึกษา (สูงสุด)**๒. ข้อมูลเด็ก (ตามสูติบัตร)**๒.๑ ชื่อ - นามสกุล เด็กชาย เด็กหญิง๒.๒ เลขประจำตัวประชาชน - - - -

๒.๓ เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อมูลมารดา๒.๔ เด็กหญิง นาง นางสาว.....๒.๕ เลขประจำตัวประชาชน - - - -

๒.๖ อายุ.....ปี ๒.๗ สัญชาติ.....

ข้อมูลบิดา ไม่ปรากฏบิดา๒.๑๐ เด็กชาย นาย.....๒.๑๑ เลขประจำตัวประชาชน - - - -

๒.๑๒ อายุ.....ปี ๒.๑๓ สัญชาติ.....

๓. ช่องทางการรับเงินอุดหนุน เลือกเพียง ๑ ธนาการ (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

- ธนาการกรุงไทย ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ ธนาการ ธ.ก.ส. ประเภทบัญชี ออมทรัพย์
 - ธนาการออมสิน ประเภทบัญชีเงินฝากเผื่อเรียก ชื่อบัญชี.....
- เลขที่บัญชี.....

๔. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- ๔.๑ แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.๐๑)
- ๔.๒ แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒)
- ๔.๓ สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
- ๔.๔ หนังสือรับรองรายได้หรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่มีรายได้ประจำเป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท) จำนวน.....ใบ
- ๔.๕ เอกสาร หรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรหรือเอกสารอื่นใดที่แสดงฐานะหรือตำแหน่งของผู้รับรองคนที่ ๑ และผู้รับรองคนที่ ๒
- ๔.๖ สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (เฉพาะผู้ที่ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ได้ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ยินยอมให้นำข้อมูลในบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้ เพื่อตรวจสอบสถานะบุคคลในฐานะข้อมูลทะเบียนราษฎร ข้อมูลทางการเงินและทรัพย์สิน หากข้อความและหากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินในส่วนที่รับไปโดยไม่มีสิทธิ หรือยินยอมให้หักจากสวัสดิการอื่น หรือหักจากบัญชี เงินฝากธนาคารของข้าพเจ้าได้ ในการนี้ข้าพเจ้ายินดีรับข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็กผ่านช่องทางต่าง ๆ

(ลงชื่อ).....ผู้ลงทะเบียน (ลงชื่อ)ผู้รับลงทะเบียน
 (.....) (.....)
 วันที่ลงทะเบียน..... ตำแหน่ง.....
 วันที่ลงทะเบียน.....

ตัดตามรอยปรุ.....

หมายเหตุ : สำหรับเก็บไว้เป็นหลักฐานเพื่อยืนยันการลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

๑. หน่วยงานรับลงทะเบียน.....วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

๑.๑ ชื่อ-นามสกุล ผู้ลงทะเบียน.....

๑.๒ เลขประจำตัวประชาชน - - - -

๑.๓ ชื่อ - นามสกุล เด็กแรกเกิด เด็กชาย เด็กหญิง.....

๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน - - - -

๒. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.๐๑)
- แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒)
- สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
- หนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท หรือผู้มีรายได้ประจำ) จำนวนใบ
- เอกสารหรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใดของผู้รับรองคนที่ ๑ และผู้รับรองคนที่ ๒
- สำเนาหน้าแรกของสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (ธนาการกรุงไทย ธนาการออมสิน ธนาการเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน

(.....)

ตำแหน่ง.....



แบบรับรองสถานะของครัวเรือน
ตารางแสดงจำนวนสมาชิกและรายได้ของครัวเรือน

ส่วนที่ ๑ : ผู้ลงทะเบียน

ข้อมูลสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่จริงของผู้ลงทะเบียน
(กรณีต่างด้าวที่มีบัตรประจำตัวซึ่งไม่มีสัญชาติไทย) สามารถกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มได้

ที่	เลขบัตรประจำตัวประชาชน	ชื่อ - นามสกุล	อายุ	ความสัมพันธ์กับเด็ก	อาชีพ	รายได้/เดือน	บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ	
							มี	ไม่มี

จำนวนสมาชิกของครัวเรือนทั้งหมด..... คน (นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย)
รายได้รวมของครัวเรือน.....บาท/ปี รายได้เฉลี่ยสมาชิกของครัวเรือน.....บาท/คน/ปี
ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายชื่อที่ปรากฏข้างต้น เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่ติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า ๑๘๐ วัน ในรอบ ๑ ปีที่ผ่านมา และสถานะของครัวเรือนของข้าพเจ้าเมื่อคำนวณแล้วมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาทต่อคน ต่อปี ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง และยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอสอบถาม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคลในบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้า หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตรงความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ระงับสวัสดิการและประโยชน์อื่นๆ รวมทั้งคืนเงินที่ได้รับ
ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน
(.....)
วันที่ลงทะเบียน.....

หมายเหตุ : ๑) รายได้เฉลี่ยคำนวณจากรายได้รวมของครัวเรือนหารด้วยจำนวนสมาชิกทั้งหมดของที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้น โดยนับรวมรายได้ในรอบปีของสมาชิกทุกคนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้นติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า ๑๘๐ วันในรอบ ๑ ปี ที่ผ่านมา โดยให้นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย ซึ่งสมาชิกของครัวเรือนมีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติโดยสายโลหิต หรืออยู่กินด้วยกันฉันสามีภริยา หรือด้วยเหตุอื่นตามกฎหมาย แต่ไม่นับรวมผู้ซึ่งเป็นลูกจ้างหรือผู้ซึ่งได้อนุญาตให้อยู่อาศัยด้วย
๒) กรณีสมาชิกในครัวเรือนเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานบริษัท ผู้มีรายได้ประจำ ให้แนบหนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือนของผู้มีรายได้ประจำด้วยทุกคน

๓) กรณีสมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐทุกคน ไม่ต้องมีผู้รับรองสถานะของครัวเรือน

ส่วนที่ ๒ : ผู้รับรอง

ข้อมูลผู้รับรองคนที่ ๑ (กรุณาเขียนตัวบรรจง)

ข้าพเจ้า นาย นาง นางสาว..... นามสกุล.....

ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน

โทรศัพท์.....

รับรอง ผู้ลงทะเบียนอาศัยอยู่ในพื้นที่ของข้าพเจ้าเด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่สมาชิก
มีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น

ไม่รับรอง

เนื่องจาก.....

.....

(ลงชื่อ)..... ผู้รับรองคนที่ ๑

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ ๑ : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
หรือชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมืองพัทยา อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร
กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการชุมชน ประธานชุมชน ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้าน
หรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนั้น

ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการต้องไม่เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายใน
การรับลงทะเบียน และผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลในครัวเรือนที่มีรายได้น้อยของเด็กแรกเกิด

ข้อมูลผู้รับรองคนที่ ๒ (กรุณาเขียนตัวบรรจง)

ข้าพเจ้า นาย นาง นางสาว นามสกุล.....

ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน

โทรศัพท์.....

รับรอง ผู้ลงทะเบียนอาศัยอยู่ในพื้นที่ข้าพเจ้าเด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่มีรายได้
ไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ต่อ ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น

ไม่รับรอง เนื่องจาก.....

.....

(ลงชื่อ)..... ผู้รับรองคนที่ ๒

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ ๒ : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
หรือชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมืองพัทยา อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร
กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการชุมชน ประธานชุมชน ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้าน
หรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนั้น

ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการต้องไม่เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายในการ
รับลงทะเบียน และผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลในครัวเรือนที่มีรายได้น้อยของเด็กแรกเกิด

ติดต่อสอบถาม

หากมีข้อสงสัย นอกเหนือจากคู่มือฯ ติดต่อสอบถามได้ที่

นักพัฒนาชุมชน

สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองผักนาก

โทร. ๐-๓๕๔๔-๐๘๔๒ โทรสาร. ๐-๓๕๔๙-๖๕๖๗

เว็บไซต์ www.nongpaknak.go.th

Facebook [อบต.หนองผักนาก](#)

Line. [@nongphaknak2539](#)

Instagram. [nongphaknak2539](#)

Twitter. [nongphaknak2539](#)