



รายงานสู่ฝ่ายความก้าวหน้า ปี ๑ ของเดือน
Email: nakhonphanom@nakhonphanom.com

คู่มือบริการประชาชน

กองสวัสดิการสังคม

การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพความพิการ
การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
การขึ้นทะเบียนเพื่อรับอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

องค์การบริหารส่วนตำบลหัวเมือง
อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร

คำนำ

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลหัวเมือง มีบทบาทหน้าที่การสังคมสงเคราะห์ การพัฒนาชุมชน และการจัดสวัสดิการสังคม ให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคมและส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับประชาชนในพื้นที่เขตองค์การบริหารส่วนตำบลหัวเมือง รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการรับยื่นยันสิทธิผู้สูงอายุเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การรับลงทะเบียนคนพิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ การรับคำร้องผู้ป่วยเอดส์เพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ และการรับลงทะเบียนเด็กแรกเกิดเพื่อรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๒ (ฉบับที่ ๔) และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็ว และถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าว กองสวัสดิการสังคม จึงได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานกองสวัสดิการสังคม เพื่อใช้เป็นคู่มือสำหรับประชาชนผู้มีความประสงค์จะยื่นยันสิทธิการขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์ และเด็กแรกเกิด

กองสวัสดิการสังคมหวังเป็นอย่างยิ่ง ว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุคนพิการ ผู้ป่วยเอดส์ และเด็กแรกเกิด มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าว และประชาชนที่มาขอรับบริการต่อไป

กองสวัสดิการสังคม
องค์การบริหารส่วนตำบลหัวเมือง

การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

งานที่ให้บริการ การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลหัวเมือง
ขอบเขตการให้บริการ วันจันทร์ - วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ กองจัดสวัสดิการสังคม
ระยะเวลาเปิดให้บริการ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๖.๓๐ น.

โทร. ๐๔๕-๗๕๖๘๓๖

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุหรือผู้แทนมายื่นคำขอขึ้นทะเบียนภายในเดือนพฤศจิกายนของทุกปีในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีหนึ่งดังต่อไปนี้

๑. รับเงินสดด้วยตัวเอง หรือรับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
๒. โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ หรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
๓. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหัวเมือง ตามทะเบียนบ้าน
๔. ไม่เป็นผู้ที่ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือเทศบาล อบต. ได้แก่ ผู้รับเงินบำเหน็จ เบี้ยบำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ที่ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือ ผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๘ การยื่นเอกสารขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุกำหนดให้ผู้สูงอายุรายใหม่ (๕๙ ปีบริบูรณ์ เกิดระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ถึง ๓๐ กันยายน) มาขึ้นทะเบียนภายในเดือน พฤศจิกายน ของทุกปี

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	ระยะเวลาที่ใช้
๑. เขียนคำร้องขอขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ	๕ นาที
๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร	๒ นาที
๓. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ	๒ นาที
๔. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหัวเมืองอนุมัติ	๕ นาที
๕. ผู้สูงอายุจะได้รับเงินในปั๊มประมาณลัดไป	
จัดประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุทุกวันที่ ๑-๕ ของเดือน	

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

๑. แบบคำขอลงทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จำนวน ๑ ชุด
๒. บัตรประจำตัวประชาชน พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ชุด
๓. ทะเบียนบ้านฉบับจริง พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ชุด
๔. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (กรุงไทย ออมสิน หรือ .ธ.ก.ส) จำนวน ๑ ชุด
๕. หนังสือมอบอำนาจกรณีผู้สูงอายุไม่สามารถดำเนินการด้วยตนเองได้

ค่าธรรมเนียม ไม่เสียค่าธรรมเนียม

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

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

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

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

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

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

มีความประสงค์ □ ขอยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย
 ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖

□ ไม่ขอรับสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

□ รับเงินสดด้วยตนเอง □ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
 □ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ □ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
 พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

□ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

□ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

□ “ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ณ วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
 และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

□ “ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครอง
 ท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

ผู้ยืนยันสิทธิ/ผู้รับมอบอำนาจยืนยันสิทธิ

เจ้าหน้าที่ผู้รับยืนยันสิทธิ

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง □ หน้าข้อความที่ต้องการ

.....ฉีกตามรายปรุ.....

ยื่นแบบยื่นยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.....

การยื่นยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลายื่นยันสิทธิ โดยได้รับตั้งแต่เดือน

พ.ศ. เป็นต้นไป

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

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

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ
 ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
 กระทำ ด้วยตนเองทั้งสิ้น
 เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ พยาน
 (.....)

ลงชื่อ พยาน
 (.....)

หนังสือมอบอำนาจยื่นรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

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 แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ “ทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงกรมมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพความพิการ

งานที่ให้บริการ การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพความพิการ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลหัวเมือง
ขอบเขตการให้บริการ วันจันทร์ - วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ กองสวัสดิการสังคม
ระยะเวลาเปิดให้บริการ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๖.๓๐ น.

โทร. ๐๔๕-๗๕๖๘๓๖

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

การรับลงทะเบียนผู้พิการเป็นไปตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ โดยผู้พิการจะต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ได้แก่

- ๑) มีสัญชาติไทย
- ๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหัวเมือง
- ๓) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- ๔) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

- ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยรับเงินสดด้วยตนเอง หรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร ในนามคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี

- ผู้พิการที่ขึ้นทะเบียนเรียบร้อยแล้ว จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพในเดือนถัดไปหลังประกาศรายชื่อ ๑๕ วัน

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	ระยะเวลาที่ใช้
๑. เขียนคำร้องขอขึ้นทะเบียนผู้พิการ	๕ นาที
๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร	๒ นาที
๓ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ	๒ นาที
๔ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหัวเมืองอนุมัติ	๕ นาที
จัดประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการภายใน ๑๕ วันของเดือนถัดไป	

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

๑. แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ จำนวน ๑ ชุด
๒. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
๔. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
๕. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (กรุงไทย ออมสิน หรือ .ธ.ก.ส) จำนวน ๑ ฉบับ
๖. หนังสือมอบอำนาจกรณีผู้พิการไม่สามารถดำเนินการด้วยตนเองได้ จำนวน ๑ ฉบับ
๗. ใบแสดงการตรวจความพิการของแพทย์ จำนวน ๑ ฉบับ

ค่าธรรมเนียม ไม่เสียค่าธรรมเนียม

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒

.....โทรศัพท์.....

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - - แล้ว ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายก เทศมนตรี/อบต. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)
คำสั่ง ☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่นๆ..... (ลงชื่อ) นายก เทศมนตรี/นายก อบต. วัน/เดือน/ปี	

.....ติดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพ

ผู้พิการตั้งแต่เดือน พ.ศ. ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายที่อยู่ไปอยู่ที่อื่นใน

ระหว่างปีงบประมาณ จะต้องไปยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายใน

เดือนนั้นๆ เพื่อรักษาสติให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนนั้นๆ

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

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

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
 กระทำ ด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ พยาน
 (.....)

ลงชื่อ พยาน
 (.....)

หนังสือมอบอำนาจยื่นรับเงินเบี้ยความพิการ

ที่
 วันที่ เดือน พ.ศ.
 โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
 เลขที่ ออกให้ ณ เมื่อวันที่ อยู่
 บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตระก/ซอ ถนน แขวง/
 ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด..... โทรศัพท์

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

เป็นผู้มีอำนาจ รับเงินเบี้ยความพิการ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ “ทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว”
 จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
 กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ พยาน
 (.....)

ลงชื่อ พยาน
 (.....)

การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

งานที่ให้บริการ การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
 หน่วยงานที่รับผิดชอบ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลหัวเมือง
 ขอบเขตการให้บริการ วันจันทร์ - วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
 สถานที่/ช่องทางการให้บริการ กองสวัสดิการสังคม
 ระยะเวลาเปิดให้บริการ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๖.๓๐ น.

โทร. ๐๔๕-๗๕๖๘๓๖

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

- การรับคำขอการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์เป็นไปตาม ระเบียบ กระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ โดยผู้ป่วยเอดส์จะต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ได้แก่
 - ๑) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลหัวเมือง
 - ๒) มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้
- ระยะเวลาในการยื่นคำขอการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์สามารถยื่นคำร้องได้ ทั้งปี โดยทางองค์การบริหารส่วนตำบลหัวเมือง จะเข้าตรวจสอบสภาพ ความเป็นอยู่ของผู้รับการสงเคราะห์และได้รับการตรวจสอบและพิจารณาให้ได้รับการสงเคราะห์ช่วยเหลือทางองค์การบริหารส่วนตำบลหัวเมือง จะโอนเงินสงเคราะห์ให้ในปีงบประมาณถัดไป

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	ระยะเวลาที่ใช้
๑. เขียนคำร้องขอขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์	๕ นาที
๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร	๒ นาที
๓. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ	๒ นาที
๔. นายองค์การบริหารส่วนตำบลหัวเมืองอนุมัติ	๕ นาที
ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินในปีงบประมาณถัดไป	
จัดประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์	

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

๑. แบบคำขอรับการสงเคราะห์ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาทะเบียนบ้านฉบับจริง จำนวน ๑ ฉบับ
๔. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (กรุงไทย ออมสิน หรือ ธ.ก.ส) จำนวน ๑ ฉบับ
๕. หนังสือมอบอำนาจกรณีผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถดำเนินการด้วยตนเองได้ จำนวน ๑ ฉบับ
๖. ใบแสดงการตรวจโรคของแพทย์ที่รับรองการป่วยเป็นโรคเอดส์ จำนวน ๑ ฉบับค่าธรรมเนียม ไม่เสียค่าธรรมเนียม

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๑. ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

ทะเบียนเลขที่...../๒๕.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕.....

ผู้ยื่นคำขอฯ ☐ แจ้งด้วยตนเอง
☐ ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน
 ชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน
 ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ

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

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

เกี่ยวข้องโดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ อื่นๆสถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

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

- ☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย☐ สำเนาทะเบียนบ้าน☐ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเบี้ยยังชีพผู้ผู้ป่วยเอดส์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับ

ลงทะเบียน

(.....)

(.....)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

- ๒ -

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

เรียน คณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

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

☐ เป็นผู้ที่มีสิทธิครบถ้วน☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกองค้การบริหารส่วน.....

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

.....

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

กรรมการ กรรมการ กรรมการ

คำสั่ง☐ รับขึ้นทะเบียน☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน☐ อื่นๆ.....

(.....)

นายกองค้การบริหารส่วนตำบล.....

..... / /

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

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

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

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ
 ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำ ด้วย
 ตนเองทั้งสิ้น
 เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ พยาน
 (.....)

ลงชื่อ พยาน
 (.....)

หนังสือมอบอำนาจยื่นรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ที่
วันที่ เดือน พ.ศ.

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

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

เป็นผู้มีอำนาจ รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ “ทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว” จนกว่า
จะมีการเปลี่ยนแปลงกรมมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเอง
ทั้งสิ้น
เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
งานที่ให้บริการ การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินโครงการอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
หน่วยงานที่รับผิดชอบ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลหัวเมือง
ขอบเขตการให้บริการ วันจันทร์ - วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ กองสวัสดิการสังคม
ระยะเวลาเปิดให้บริการ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๖.๓๐ น.

โทร. ๐๔๕-๗๕๖๘๓๖

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลหัวเมือง ดำเนินการตามโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด โดยให้จ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูให้กับเด็กแรกเกิดที่อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ต่อคน ต่อปี ในอัตรา ๖๐๐ บาท ต่อคน ต่อเดือน จนมีอายุครบ ๖ ปี และจะต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามได้แก่

คุณสมบัติเด็กแรกเกิดที่มีสิทธิ

๑. มีสัญชาติไทย (พ่อแม่มีสัญชาติไทย หรือพ่อหรือแม่มีสัญชาติไทย)
๒. เด็กที่มีอายุไม่เกิน ๖ ปี
๓. อาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย
๔. ไม่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของหน่วยงานของรัฐ หรือเอกชน

คุณสมบัติผู้ปกครองที่มีสิทธิลงทะเบียน

๑. มีสัญชาติไทย
๒. เป็นบุคคลที่รับเด็กแรกเกิดไว้ในความอุปการะ
๓. เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วย

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	ระยะเวลาที่ใช้
๑. เขียนคำร้องขอขึ้นทะเบียนรับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด	๕ นาที
๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารและบันทึกข้อมูลในระบบ	๒ นาที
๓. จัดประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด	ภายใน ๑๕ วัน
๔. เจ้าหน้าที่ส่งเอกสารให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดยโสธร	๒ - ๓ วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

- | | |
|--|---------------------|
| ๑. แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.๐๑) | จำนวน ๑ ชุด |
| ๒. แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒) | จำนวน ๑ ชุด |
| ๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๕. ใบรับรองเงินเดือน หรือหนังสือ รับรองรายได้ของสมาชิกในครัวเรือนที่มีรายได้ประจำ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๖. เอกสารหรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่รัฐ หรือบัตรอื่นที่แสดงสถานะตำแหน่งของผู้รับรองคนที่ ๑ และ ๒ | จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ |

**** ผู้ปกครองที่ลงทะเบียนต้องผูกพร้อมเพย์กับเลขบัตรประจำตัวประชาชนด้วย****

ค่าธรรมเนียม ไม่เสียค่าธรรมเนียม

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๑. ระเบียบกรมกิจการเด็กและเยาวชนว่าด้วยการจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด พ.ศ. ๒๕๖๕



แบบลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ตั้งครรภ์/มารดา (ผู้ลงทะเบียน)

ข้าพเจ้า (นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

วัน เดือน ปีเกิด.....อาชีพ.....

เลขประจำตัวประชาชน

วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

☐ ลงทะเบียนระหว่างตั้งครรภ์ อายุครรภ์.....สัปดาห์ กำหนดคลอดบุตร เดือน.....ปี พ.ศ.....

จำนวนทารกในครรภ์.....สถานที่ฝากครรภ์.....

☐ ลงทะเบียนหลังคลอด วัน/เดือน/ปีเกิด ของเด็ก อายุ เดือน

ข้อมูลบิดาของเด็ก (กรณีมารดาเด็กเป็นบุคคลต่างด้าว หรือเป็นบุคคลไร้สถานะทางทะเบียนราษฎร หรือเสียชีวิต อนุโลมให้บิดาของเด็กตามสูติบัตรผู้มีคุณสมบัติซึ่งมีสัญชาติไทย ลงทะเบียนแทน)

ชื่อ (นาย).....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน

ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้

☐ แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.02)☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ตั้งครรภ์/มารดา ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของบิดาเด็ก (กรณีลงทะเบียนแทน)☐ สำเนาเอกสารการฝากครรภ์ หรือ สำเนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก หน้า 1☐ สำเนาสูติบัตรเด็ก 1 ฉบับ (ยื่นหลังคลอด)☐ สำเนาเอกสารยืนยันสถานะของมารดาเด็กแล้วแต่กรณี ที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐ (กรณีมารดาเด็กเป็นบุคคลต่างด้าว หรือเป็นบุคคลไร้สถานะทางทะเบียนราษฎร หรือเสียชีวิต อนุโลมให้บิดาของเด็กตามสูติบัตรผู้มีคุณสมบัติซึ่งมีสัญชาติไทย ลงทะเบียนแทน)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอรับเงิน (เลือกเพียงข้อเดียว) ดังนี้

☐ รับเงินด้วยตนเอง ณ กรมกิจการเด็กและเยาวชน หรือ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด☐ รับเงินผ่านบัญชีธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี.....สาขา.....

ชื่อบัญชี.....ประเภทบัญชี.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และเป็นผู้อยู่ในครัวเรือนยากจนและครัวเรือนที่เสี่ยงต่อความยากจนที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 3,000 บาท ต่อคน ต่อเดือน หรือต่ำกว่า 36,000 บาท ต่อคน ต่อปี และไม่เป็นผู้ได้รับสิทธิเงินสงเคราะห์บุตรจากกองทุนประกันสังคม หรือสวัสดิการข้าราชการ หรือ รัฐวิสาหกิจ และไม่อยู่ในความดูแลของหน่วยงานของรัฐ เช่น บ้านพักเด็กและครอบครัว หรือสถานสงเคราะห์ของรัฐ รวมทั้งข้าพเจ้าไม่เคยได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดรายนี้มาก่อน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย ในการนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็ก ผ่านช่องทางต่าง ๆ

(ลงชื่อ)ผู้ขอรับสิทธิ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้นำบันทึก

ข้อมูลการเกิดของเด็ก (บันทึกภายหลังเมื่อเด็กเกิดแล้ว)

ชื่อ-นามสกุล (ด.ช./ด.ญ.).....

วัน เดือน ปีเกิด.....

เลขประจำตัวประชาชน

ตามใบสูติบัตรเลขที่.....ออกให้โดย.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คลอด ณ.....

ผู้เลี้ยงดูเด็กในช่วง 0-1 ปี

☐ มารดาเลี้ยงดูเด็กเอง

☐ ให้ผู้อื่นเลี้ยงดู ชื่อ-สกุล (ระบุ).....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่ของเด็ก

☐ อยู่ที่เดียวกับมารดา

☐ ไม่ได้อยู่กับมารดา (ระบุที่อยู่)

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

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

.....โทรศัพท์มือถือ.....

(ลงชื่อ)ผู้รับลงทะเบียน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



แบบรับรองสถานะของครัวเรือน

เขียนที่.....

ผู้รับรองคนที่ 1 ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....

สังกัดหน่วยงาน.....วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน

ออกให้โดย.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

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

โทรศัพท์.....

ผู้รับรองคนที่ 2 ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....

สังกัดหน่วยงาน.....วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน

ออกให้โดย.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่า (นาง/นางสาว/นาย).....เป็นหญิงตั้งครรภ์/มารดา/บิดา (โดยอนุโลมตามหลักเกณฑ์การลงทะเบียน)

ที่ อยู่ในครัวเรือนยากจนและครัวเรือนที่เสี่ยงต่อความยากจนจริง มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 3,000 บาท ต่อคน ต่อเดือน หรือต่ำกว่า 36,000 บาท ต่อปี (รายได้รวมของสมาชิกทั้งหมดในครัวเรือน หักด้วยจำนวนสมาชิกทั้งหมดของครัวเรือนซึ่งรวมเด็กแรกเกิดด้วย)

(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 1 (ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 2

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

ผู้รับรองคนที่ 1	ผู้รับรองคนที่ 2	ข้อมูลสถานะของครัวเรือน
- กรุงเทพมหานคร : ประธานกรรมการชุมชน หรือ หัวหน้าฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคมประจำสำนักงานเขต - เมืองพัทยา : ประธานชุมชน หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขเมืองพัทยา - เทศบาล หรือ อบต. : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) - บ้านพักเด็กและครอบครัว หรือสถานสงเคราะห์ของรัฐ : เจ้าหน้าที่บ้านพักเด็กและครอบครัว หรือเจ้าหน้าที่สถานสงเคราะห์	- กรุงเทพมหานคร : ผู้อำนวยการเขต หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย - เมืองพัทยา : ปลัดเมืองพัทยา หรือ รองปลัดเมืองพัทยาที่ได้รับมอบหมาย - เทศบาล หรือ อบต. : ปลัดเทศบาล หรือปลัด อบต. หรือผู้ที่ปลัดมอบหมาย หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน - บ้านพักเด็กและครอบครัว หรือสถานสงเคราะห์ของรัฐ : หัวหน้าบ้านพักเด็กและครอบครัว หรือผู้ปกครองสถานสงเคราะห์	☐ ครอบครัวมีภาระพึ่งพิง ได้แก่ ในครอบครัวมีคนพิการ หรือผู้สูงอายุ หรือเด็กกอายุต่ำกว่า 15 ปี หรือคนว่างงาน อายุ 15 - 65 ปี หรือเป็นพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว ☐ สภาพบ้านชำรุดทรุดโทรม ทำจากวัสดุพื้นบ้าน เช่น ไม้ไผ่ ใบจาก หรือวัสดุเหลือใช้ หรืออยู่บ้านเช่า ☐ ไม่มีรถยนต์ส่วนบุคคล รถปิกอัพ รถบรรทุกเล็ก รถตู้ ☐ เป็นเกษตรกรที่มีที่ดินทำกินไม่เกิน 1 ไร่ ☐ อื่น ๆ (ระบุ)..... หมายเหตุ ต้องมีข้อมูลประกอบสถานะของครัวเรือน อย่างน้อย 1 ข้อ

การปิดประกาศ

ได้ปิดประกาศ 15 วันแล้วตามประกาศ.....เลขที่.....ลงวันที่.....

☐

ไม่มีผู้คัดค้าน

☐

มีผู้คัดค้าน เนื่องจาก.....

กรณีมีผู้คัดค้านได้ดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริงแล้วพบว่า.....

.....

ผลการพิจารณา

☐

มีสิทธิได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

☐

ไม่มีสิทธิได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด เนื่องจาก

.....

.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับลงทะเบียน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่/...../.....

การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

งานที่ให้บริการ การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

หน่วยงานที่รับผิดชอบ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลหัวเมือง

ขอบเขตการให้บริการ วันจันทร์ - วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ กองสวัสดิการสังคม

ระยะเวลาเปิดให้บริการ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๖.๓๐ น.

โทร. ๐๔๕-๗๕๖๘๓๖

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ระเบียบกรมกิจการผู้สูงอายุกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี พ.ศ. ๒๕๔๖ กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการ และการสนับสนุนการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณีที่สำนักงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

การรับลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี เป็นไปตามระเบียบ

กระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี พ.ศ. ๒๕๔๖ โดยมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

๑. ผู้เสียชีวิตมีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
๒. สัญชาติไทย
๓. ผู้สูงอายุมีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เว้นแต่ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐแต่ยังไม่มีบัตร ให้ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้รับรองอื่นตามที่อธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุกำหนด
๔. ผู้ที่รับผิดชอบในการจัดการศพ ยื่นคำขอรับเงินตามภูมิลำเนา ได้ที่ สนง.พมจ. ที่ว่าการอำเภอ, เทศบาล, อบต.
๕. ยื่นคำขอภายใน ๖ เดือนนับแต่วันที่ออกใบมรณบัตร

การช่วยเหลือเป็นเงินในการจัดการศพผู้สูงอายุ

รายละเอียด ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน) โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้มีสิทธิรับเงิน

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	ระยะเวลาที่ใช้
๑. การตรวจสอบเอกสาร	๑๐ นาที
ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณียื่นคำขอ	
พร้อมเอกสารหลักฐาน และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียน และเอกสาร	
ประกอบ	

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

๑. ใบมรณบัตรของผู้เสียชีวิต จำนวน ๑ ใบ
๒. ทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต จำนวน ๑ ใบ
๓. บัตรประชาชนของผู้เสียชีวิต จำนวน ๑ ใบ
๔. บัตรสวัสดิการแห่งรัฐของผู้เสียชีวิต จำนวน ๑ ใบ (หากไม่มีต้องใช้หนังสือรับรอง)
๕. บัตรประชาชนของผู้ขอรับเงิน จำนวน ๑ ใบ
๖. ทะเบียนบ้านของผู้ขอรับเงิน จำนวน ๑ ใบ
๗. หน้าสมุดบัญชีธนาคารของผู้ขอรับเงิน จำนวน ๑ ใบ (บัญชีออมทรัพย์ปกติเท่านั้นและเป็นบัญชีที่ใช้ปัจจุบัน)
๘. บัตรข้าราชการของผู้ใหญ่บ้านหรือผู้รับรองอื่น จำนวน ๑ ใบ (กรณีให้การรับรอง)

หมายเหตุ

กรณีที่ต้องขอหนังสือรับรอง ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐแต่ยังไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียนเท่านั้น

เอกสารทุกฉบับให้รับรองสำเนาถูกต้อง***เอกสารของผู้เสียชีวิตให้ผู้ขอรับเงินรับรองสำเนาแทน***

ค่าธรรมเนียม ไม่เสียค่าธรรมเนียม

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง ระเบียบกรมกิจการผู้สูงอายุกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี พ.ศ. ๒๕๔๖