



คู่มือสำหรับประชาชน

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพ
ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ติดเชื่อ



จัดทำโดย
งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด
องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งน้ำร้อน
อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ 053-451234

สารบัญ

| เรื่อง | หน้า |
|--|------|
| คำนำ | |
| สารบัญ | |
| ความเป็นมาและความสำคัญในการจัดทำคู่มือ | |
| การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ | 1 |
| คุณสมบัติของผู้มีสิทธิลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ | 2 |
| ขั้นตอนการลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ | 3 |
| การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ | 4 |
| การลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยความพิการ | 5 |
| ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ | 7 |
| การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ | 8 |
| การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ | 9 |
| ภาคผนวก | |

ความเป็นมาและความสำคัญในการจัดทำคู่มือ

คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual) เป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่งในการทำงาน ทั้งระดับหัวหน้างานและผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งการจัดทำรายละเอียดของการทำงานในหน่วยงานนั้นๆ อย่างเป็นระบบและครบถ้วน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลายประการ เช่น การสอนงาน การตรวจสอบการทำงาน การควบคุมงาน การติดตามงานและการประเมินผลการปฏิบัติงาน เป็นต้น ทั้งนี้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานขององค์กร ซึ่งเปรียบเสมือนแผนที่บอกเส้นทาง การทำงานที่มีจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุด มีคำอธิบายตามที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานไว้ใช้อย่างอิง ไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการทำงาน การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานถือเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่ง ในการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานตามแนวทางของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ที่มุ่งไปสู่การบริการคุณภาพทั่วทั้งองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การทำงานของส่วนราชการได้มาตรฐาน เป็นไปตามเป้าหมายได้ผลผลิตหรือการบริการที่มีคุณภาพเสร็จรวดเร็วทันตามกำหนดเวลาบรรลุข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการดังกล่าว องค์กรบริหารส่วนตำบล เมืองโดนจึงได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานของหน่วยงาน ดังนี้

1. เพื่อให้หน่วยงานมีการจัดทำคู่มือฯ เพื่อประกอบการปฏิบัติงานให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมถึงป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ซึ่งได้มีการอธิบายรายละเอียดของกระบวนการเพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานได้ทราบและถือปฏิบัติ
2. เพื่อให้การปฏิบัติงานสวัสดิการและพัฒนาชุมชนมีแนวทางการปฏิบัติงานเป็นไปตามมาตรฐานและเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด
3. เพื่อให้ประชาชนได้ทราบแนวทางในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

1. ผู้สูงอายุรายใหม่ที่ยังไม่เคยลงทะเบียนมาก่อนที่มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์แล้ว แต่ยังมาเคยขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพตั้งแต่ 1 ตุลาคม ของปีงบประมาณนั้น ๆ เป็นต้นไป)
2. ผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ ในปีงบประมาณถัดไป (จะได้รับเบี้ยยังชีพในเดือนถัดไปจากเดือนที่มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์)
3. ผู้สูงอายุที่ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาใหม่ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งน้ำร้อน (มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพตั้งแต่ 1 ตุลาคม ของปีงบประมาณนั้น ๆ เป็นต้นไป)



การรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นลงทะเบียน ตั้งแต่เดือน ตุลาคม-พฤศจิกายน จนถึงเดือน ธันวาคม และเริ่มรับเดือนมกราคม – กันยายน

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพ

ผู้สูงอายุที่ประสงค์จะยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

1. มีสัญชาติไทย
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งน้ำร้อนตามทะเบียนบ้าน
3. ผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ในปีงบประมาณถัดไป หรือผู้สูงอายุที่มีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ แล้ว แต่ยังไม่เคยลงทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ หรือผู้สูงอายุที่ย้ายจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นเข้ามาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งน้ำร้อน
4. ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำหรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้น ผู้พิการ และผู้ป่วยเอดส์ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

หมายเหตุ : เพื่อเป็นการรักษาสีหรืออย่างต่อเนื่อง กรณีผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้ว และได้ย้ายเข้ามาอยู่ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งน้ำร้อน อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ จะต้องมาลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งน้ำร้อน นับตั้งแต่วันที่ย้ายเข้ามา แต่ไม่เกินเดือนกันยายนของปีนั้น ๆ

ตัวอย่าง : นาย ก. อายุ 65 ปี รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจาก อบต. ข และเมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2564 ได้ย้ายจาก อบต. ข เข้า มาอยู่ในพื้นที่ อบต.โป่งน้ำร้อน นาย ก. ต้องมาลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อ อบต.โป่งน้ำร้อน ได้ตั้งแต่วันที่ 5 มกราคม 2564 จนถึง 30 กันยายน 2564 เพื่อรับเบี้ยยังชีพในปีงบประมาณถัดไปคือ ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2564 เป็นต้นไป (ซึ่งระหว่างเดือน ก.พ. 64 - ก.ย. 64 อบต.ข จะเป็นผู้จ่ายเบี้ยยังชีพให้กับ นาย ก.)

ขั้นตอนการลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เอกสารในการลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ดังนี้

- ➔ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา
- ➔ ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา
- ➔ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขที่บัญชี) สำหรับกรณีผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร

หมายเหตุ : ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองอาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้โดยให้ผู้รับมอบอำนาจ ติดต่ได้ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งน้ำร้อน พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

**** ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติครบถ้วน สามารถยื่นเอกสารขอลงทะเบียนเพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จากองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งน้ำร้อน ได้ที่ งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งน้ำร้อน อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ในวัน และเวลาราชการ 08.30 - 16.30 น. สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 053-451234 ต่อ 17

การสิ้นสุดการได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑. ตาย
๒. ขาดคุณสมบัติ ตามข้อ ๖
๓. แจ้งสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นหนังสือต่อ อปท. ที่ตนมีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพ



การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับในปัจจุบัน การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ คิดในอัตราเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดแบบ “ขั้นบันได” หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วง ๆ หรือเป็นขั้นขึ้นไปเรื่อย ๆ โดยเริ่มตั้งแต่ อายุ 60 ปี โดยคำนวณตามปีงบประมาณมิใช่ปีปฏิทินและไม่มีการเพิ่มของอายุระหว่างปี

ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือนสำหรับผู้สูงอายุ (แบบขั้นบันได) ชั้น

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

วิธีคำนวณอายุของผู้สูงอายุ

การนับอายุว่าจะอยู่ในขั้นที่เท่าไร ให้นับ ณ วันที่ 30 กันยายนของปีนั้นเท่านั้น (ตามนัยมาตรา 16 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์) ผู้สูงอายุรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนระหว่าง เดือน ตุลาคม – พฤศจิกายน และเดือนมกราคม – กันยายน มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุในเดือนที่มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ เช่น

- นาง ก. เกิดวันที่ 1 เมษายน 2503 นาง ก.จะมีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ในเดือน เมษายน 2563 เป็นต้นไป
- นาง ข. เกิดวันที่ 2 เมษายน 2503 นาง ข. จะมีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ในเดือน พฤษภาคม 2563 เป็นต้นไป
- นาง ค. ไม่ปรากฏวันเดือน ที่เกิด ปรากฏเฉพาะ พ.ศ.คือ 2503 นาง ค.จะมีสิทธิรับเงิน เบี้ยยังชีพในเดือนมกราคม 2563 เป็นต้นไป
- นาง ก. เกิด วันที่ 1 ตุลาคม 2493 ซึ่ง นาง ก. จะอายุครบ 70 ปีบริบูรณ์ ณ วันที่ 30 กันยายน 2563 (ตามนัยมาตรา 16 แห่งประมวลกฎหมายแพ่ง และพาณิชย์) หมายความว่า นาง ก. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพ เดือนละ 700 บาท ในเดือนตุลาคม 2563 (งบประมาณปี2564)
- นาง ข. เกิด 2 ตุลาคม 2493 ณ วันที่ 30 กันยายน 2563 นาง ข.จะอายุ 69 ปี หมายความว่า จะได้รับเงิน เบี้ยยังชีพเดือนละ 600 บาท เท่าเดิม จนกว่าจะถึงรอบปี ถัดไปการนับรอบปีงบประมาณ คือ 1 ตุลาคม – 30 กันยายน เช่น ปีงบประมาณ 2564 จะเริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563-30 กันยายน 2564 ปีงบประมาณ 2564 จะเริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563 - 30 กันยายน 2564

การลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยความพิการ

ผู้พิการที่ได้รับการจดทะเบียนคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการที่มีความประสงค์จะขอรับเบี้ยยังชีพความพิการ สามารถยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ได้ ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งน้ำร้อน ในวันและเวลาราชการ 08.30 - 16.30 น. โทรศัพท์ 053-451234 ต่อ 17

คุณสมบัติของผู้พิการที่มีสิทธิขอรับเบี้ยความพิการ

- (1) มีสัญชาติไทย
- (2) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งน้ำร้อน (ตามทะเบียนบ้าน)
- (3) มีบัตรประจำตัวผู้พิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้พิการ
- (4) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ



ตัวอย่างบัตรประจำตัวผู้พิการ

เอกสารประกอบการลงทะเบียน

1. บัตรประจำตัวผู้พิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้พิการ (พร้อมสำเนา)
2. บัตรประจำตัวประชาชน (พร้อมสำเนา)
3. ทะเบียนบ้าน (พร้อมสำเนา)
4. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขที่บัญชี)
สำหรับกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผ่านธนาคาร

ผู้พิการที่ย้ายมาและมาลงทะเบียน ณ อบต.โป่งน้ำร้อน มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป โดยจะได้รับสิทธิอย่างต่อเนื่อง หากไม่มาลงทะเบียนจะไม่สามารถรับเงินเบี้ยความพิการได้

หมายเหตุ : กรณีผู้พิการซึ่งได้รับเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนึ่ง และย้ายภูมิลำเนาไปอยู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ให้ผู้พิการนั้นลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนมีภูมิลำเนา

ตัวอย่าง นาง ก. เป็นผู้พิการและรับเงินเบี้ยความพิการจาก อบต.ข. เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2562 ต่อมา นาง ก. ได้ย้ายทะเบียนบ้านมาอยู่ที่ อบต.ค. นาง ก. ต้องมายื่นคำขอลงทะเบียนต่อ อบต. ค. ภายในเดือนธันวาคม 2562 หากนาง ก. ไม่มายื่นคำขอลงทะเบียนต่อ อบต.ค. นาง ก. จะไม่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพของเดือนมกราคม 2563 จากทั้ง อบต. ข. และ อบต.ค

*****หาก นาง ก. มาลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยความพิการ ภายในเดือนธันวาคม 2562 นาง ก. มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการเดือนมกราคม 2563 จาก อบต.ค.อย่างต่อเนือง โดยไม่เสียสิทธิ*****

การสิ้นสุดการได้รับเบี้ยความพิการ

1. ตาย
2. ขาดคุณสมบัติ ตามข้อ 6
3. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยความพิการเป็นหนังสือต่อ อปท. ที่ตนมีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการ กรณีสิทธิความพิการดังกล่าวสิ้นสุดลงให้ผู้บริหารสั่งระงับเงินเบี้ยความพิการสำหรับบุคคลดังกล่าวทันที



ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ

1. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสารรับรอง ความพิการ
2. ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดเชียงใหม่ หรืองานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งน้ำร้อน โดยใช้ เอกสารดังต่อไปนี้
 - 2.1 เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยแพทย์เฉพาะทาง(ตัวจริง)
 - 2.2 รูปถ่าย ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป
 - 2.3 สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
 - 2.4 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
 - 2.5 หากคนพิการมีผู้ดูแล ให้นำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ดูแลคนพิการ อย่างละ 1 ฉบับ
3. หลังจากได้บัตรประจำตัวคนพิการให้ไปเปลี่ยนสิทธิผู้พิการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านท่าหัด และโรงพยาบาลฝาง

การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

การดำเนินการต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการสามารถต่อได้ที่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเชียงใหม่

โดยใช้เอกสาร ดังต่อไปนี้

1. บัตรประจำตัวคนพิการที่หมดอายุ
2. รูปถ่าย ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป
3. ใบรับรองความพิการ
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านคนพิการ อย่างละ 1 ฉบับ
5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ อย่างละ 1 ฉบับ
6. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอต่ออายุบัตร ประจำตัวคนพิการ ให้นำหลักฐาน ตามข้อ 3 - 4 มาด้วย

การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ

สามารถติดต่อได้ที่สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

1. บัตรประจำตัวคนพิการ
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้พิการ อย่างละ 1 ฉบับ
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้ดูแลคนพิการคนเดิม อย่างละ 1 ฉบับ
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ อย่างละ 1 ฉบับ
5. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ
6. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้รับรอง จำนวน 1 ฉบับ



การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2548

ข้อ ๔ “ผู้ป่วยเอดส์” หมายความว่า ผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว

ข้อ ๖ คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์

๑. มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองโดน
๒. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือถูกผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติตามข้อ ๖ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ งานสวัสดิการและพัฒนาชุมชนองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองโดน โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่นดังนี้

๑. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง ซึ่งใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่าป่วยเป็น โรคเอดส์ /AIDs เท่านั้น หากระบุว่าป่วยเป็น HIV หรือภูมิคุ้มกันบกพร่องจะไม่เข้าหลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์
๒. บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
๓. ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
๔. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้
๕. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้ง ผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด
๖. กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ เสียชีวิตผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้อง แจ้งให้งานพัฒนาชุมชนองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองโดน ทราบภายใน ๑๕ วัน

ใบรับรองแพทย์ต้องระบุว่า “เอดส์” หรือ “ผู้ป่วยเอดส์” เท่านั้น หากระบุว่า “HIV” “เอชไอวี” “ ผู้มีเชื้อ HIV” “ภูมิคุ้มกันบกพร่อง” หรือระบุอย่างอื่น ถือว่าไม่เข้าหลักเกณฑ์การได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ภาคผนวก

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาในการปฏิบัติราชการ
การรับขึ้นทะเบียนเพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุยื่นคำร้องฯ
พร้อมเอกสารหลักฐาน

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน/สัมภาษณ์/บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม

เอกสารประกอบการตรวจสอบ

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ถ้ามี)
4. หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามี)
5. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับมอบอำนาจ

รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

คุณสมบัติไม่ครบถ้วน/ขาดคุณสมบัติ

เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)
และจัดทำหนังสือแจ้งผู้มาขึ้นทะเบียนทราบ

คุณสมบัติครบถ้วน

เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)
และจัดทำประกาศรายชื่อเป็นรายเดือน

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาในการปฏิบัติราชการ
การรับขึ้นทะเบียนเพื่อรับเบี้ยยังชีพความพิการ

ผู้พิการยื่นคำร้องฯ
พร้อมเอกสารหลักฐาน

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน/สัมภาษณ์/บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม
เอกสารประกอบการตรวจสอบ

6. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
7. สำเนาทะเบียนบ้าน
8. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ถ้ามี)
9. หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามี)
10. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับมอบอำนาจ

รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

คุณสมบัติไม่ครบถ้วน/ขาดคุณสมบัติ

เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)
และจัดทำหนังสือแจ้งผู้มาขึ้นทะเบียนทราบ

คุณสมบัติครบถ้วน

เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)
และจัดทำประกาศรายชื่อเป็นรายเดือน

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาในการปฏิบัติราชการ
การรับขึ้นทะเบียนเพื่อรับเบี้ยยังชีพความพิการ

ผู้พิการยื่นคำร้องฯ
พร้อมเอกสารหลักฐาน

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน/สัมภาษณ์/บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม

เอกสารประกอบการตรวจสอบ

11. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุว่าเป็นเอดส์
12. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
13. สำเนาทะเบียนบ้าน
14. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ถ้ามี)
15. หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามี)
16. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับมอบอำนาจ

รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ/ลง
พื้นที่ตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่

คุณสมบัติไม่ครบถ้วน/ขาดคุณสมบัติ

เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)
และจัดทำหนังสือแจ้งผู้มาขึ้นทะเบียนทราบ

คุณสมบัติครบถ้วน

เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)
พิจารณาอนุมัติ

ตัวอย่างแบบฟอร์ม
แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลเมืองโดน

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ..... ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....

ถนน.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบลเมืองโดน

อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา รหัสไปรษณีย์ 30180 ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์
เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

1. ที่พักอาศัย

() เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ข้ำรุดทรุดโทรม () ข้ำรุดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวร

() เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

3. การพักอาศัย

() อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....

() พักอาศัยกับ รวมคน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

4. รายได้ - รายจ่าย

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....สถานที่ติดต่อเลขที่.....

ถนน.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....

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

โทรศัพท์.....โทรสาร.....เกี่ยวข้องกับ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

..... ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

ตัวอย่างแบบฟอร์ม
ใบสอบประวัติ

ผู้ป่วยเอดส์

๑. ชื่อ.....นามสกุล.....
๒. เพศ () ชาย () หญิง
๓. อายุ.....ปี
๔. ที่อยู่
- ๔.๑ อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....
- ๔.๒ ธรรมเนียมในการครอบครอง
() เป็นของตนเอง () อาศัยอยู่ () อื่นๆ (ระบุ).....
๕. สถานภาพการสมรส
() โสด () สมรสอยู่ด้วยกัน () สมรสแยกกันอยู่
() หม้ายหย่าร้าง () หม้ายคู่สมรสเสียชีวิต
๖. จำนวนบุตรคน (มีชีวิตอยู่.....คน)

| ที่ | ชื่อ-สกุล | | | | |
|-----|-----------|--|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

๗. อาชีพปัจจุบัน.....รายได้ปัจจุบัน.....บาท/เดือน
ที่มาของรายได้.....
.....
.....
๘. ระดับการศึกษา.....
๙. ความเห็นของผู้สัมภาษณ์.....
.....
.....

(ลงชื่อ)ผู้สัมภาษณ์
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๓

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียน

ผู้ยื่นคำแทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ลงทะเบียน

ชื่อ-สกุล(ผู้รับมอบอำนาจ).....เลขบัตรประจำตัวผู้มอบอำนาจ

---- ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

ลำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ ----

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

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการของรัฐ

ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ได้รับการสงเคราะห์ความพิการ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อวันที่.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้

มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่าน

ธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นราย

เดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็น

ความจริงทุกประการ”

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

| | |
|--|---|
| <p>ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประชาชน <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 <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีประคุณครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่รับจดทะเบียน</p> | <p>ความเห็นของคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายกเทศมนตรี/อบต คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติแล้ว มีความเห็น ดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p> |
| <p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ</p> <p>..... (ลงชื่อ)..... นายกเทศมนตรี/อบต..... วัน/เดือน/ปี.....</p> | |

ตัดตามรอยเส้นประให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

ยื่นคำขอลงทะเบียน เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มี
คุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงเวลาในการลงทะเบียน ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน โดยได้รับตั้งแต่
เดือน.....พ.ศ. เป็นต้นไป กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียน
ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนกันยายนของปีนั้น
ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้รับเบี้ยผู้สูงอายุ ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมจนสิ้นปีงบประมาณ และรับที่องค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ในปีงบประมาณถัดไป

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๓

บบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอแทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา-มารดา บุตร สามเณร-ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลผู้พิการตามระเบียบฯ ชื่อ-สกุล(ผู้รับมอบอำนาจ).....เลขบัตรประจำตัวผู้มอบอำนาจ ---- ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่นๆระบุ.....

ชื่อ.....นามสกุล.....

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

ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ ----

ประเภทความพิการ ความพิการทางการเห็น ความพิการทางสติปัญญา

ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้

ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางออกัสติก

ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการได้รับสวัสดิการภาครัฐ ไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่เมื่อวันที่.....

ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อื่นๆ(ระบุ).....

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

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจาก

ผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล ธนาคาร.....สาขา..... --

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลผู้พิการและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอแทน)

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

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

(.....)

(.....)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

-๒-

| ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน | ความเห็นของคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ |
|---|--|
| เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประชาชน <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"/> <input type="checkbox"/> แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นผู้มิประคุณครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่รับจดทะเบียน | เรียน นายกเทศมนตรี/อบต คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติแล้ว มี ความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้น ทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) |
| คำสั่ง <input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... (ลงชื่อ)..... นายกเทศมนตรี/อบต..... วัน/เดือน/ปี..... | |

ติดตามรอยเส้นประให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

ยื่นคำขอลงทะเบียน เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการโดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ ในอัตราเดือนละ ๔๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีผู้พิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่ทำการปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนที่ย้าย ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง