คู่มือการปฏิบัติงานเบี้ยยังชีพ

- การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ
- การยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
- ขั้นตอนการขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดเทศบาลตำบลสวนกล้วย
อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ
โทรศัพท์ ๐๔๕-๘๒๖๐๗๔-๕
WWW.SUANKLUAI.GO.TH

คำนำ

เทศบาลตำบลสวนกล้วย มีหน้าที่บทบาทในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคมและส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลเหล่านี้ รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การรับลงทะเบียนผู้พิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ และรับคำร้องผู้ป่วยเอดส์เพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้กับบุคคลดังกล่าวโดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๖๒ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๖๒

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็วและถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าว จึงได้จัดทำคู่มือการลงทะเบียน และยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ และยื่นคำร้องเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

เทศบาลตำบลสวนกล้วย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุคนพิการและผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิที่ตนพึงได้รับ รวมถึงทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการต่อไป

งานพัฒนาชุมชน
เทศบาลตำบลสวนกล้วย

สารบัญ

หน้า
คำนำ
สารบัญ
ความเป็นมาและความสำคัญในการจัดทำคู่มือ ๑
คู่มือสำหรับประชาชนการขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ๒
คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ๓
ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ๔
คู่มือสำหรับประชาชนการขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ๕
ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ ๖
คำชี้แจง ๗-๑๑
ขั้นตอนการขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ ๑๒-๑๓
ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ๑๔

ภาคผนวก
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
-การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ
-การรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ
-การรับขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์
แบบฟอร์มการขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ
แบบฟอร์มการขึ้นทะเบียนผู้พิการ
หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์
แบบคำขอรับการสงเคราะห์
หนังสือมอบอำนาจ
หนังสือรับรองการมีชีวิต
สารพันคำถาม

ความเป็นมาและความสำคัญในการจัดทำคู่มือ

คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual) เป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่งในการทำงานทั้งระดับ หัวหน้างานและผู้ปฏิบัติงานซึ่งเป็นการจัดทำรายละเอียดของการทำงานในหน่วยงานนั้นๆอย่างเป็นระบบและครบถ้วน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลายประการ เช่น ดารสอนงานการตรวจสอบการทำงาน การควบคุมงาน การติดตามงานและการประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นต้น ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานขององค์กรเปรียบเสมือนแผนที่บอกเส้นทางการทำงานที่มีจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุด มีคำอธิบายตามที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานไว้ใช้อ้างอิง มิให้เกิดความผิดพลาดในการทำงาน การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานถือเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานตามแนวทางของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนา ระบบข้าราชการ (ก.พ.ร.) ที่มุ่งไปสู่การบริการคุณภาพทั่วทั้งองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ เพื่อให้การทำงานของส่วนราชการได้มาตรฐานเป็นไปตามเป้าหมายได้ผลผลิตหรือการบริการที่มีคุณภาพเสร็จรวดเร็วทันตามกำหนดเวลาเพื่อบรรลุข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการดังกล่าว คู่มือการปฏิบัติงานของหน่วยงาน ดังนี้

๑. เพื่อให้หน่วยงานมีการจัดทำคู่มือฯ เพื่อประกอบการปฏิบัติงานให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมถึงป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สำหรับการจัดทำคู่มือ การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานของฝ่ายต่างๆ ดังนี้เพื่ออธิบายขั้นตอนรายละเอียดของกระบวนงานในความรับผิดชอบของงานพัฒนาชุมชนให้ผู้ปฏิบัติงานทราบและเข้าใจว่าควรปฏิบัติงานอย่างไร เมื่อใด กับใคร และควรทำอะไรก่อนและหลัง โดยมีเอกสารอ้างอิงในการปฏิบัติงาน

๒. เพื่อให้การปฏิบัติงานของงานพัฒนาชุมชน มีแนวทางการปฏิบัติเป็นตามมาตรฐานและเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ได้ผลผลิตหรือการบริการที่มีคุณภาพ เสร็จ รวดเร็วทันตามกำหนดเวลานัดหมาย

๓. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานด้านพัฒนาชุมชนหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานดังกล่าว รวมทั้งผู้ที่สนใจใฝ่รู้ได้ทราบแนวทางการปฏิบัติงานของงานพัฒนาชุมชนฯ และสามารถนำไปใช้เป็นสื่อในการติดต่อประสานงาน

๔. เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับผู้บริหารใช้ในการทบทวนและตรวจติดตามงานได้ทุกขั้นตอน

คู่มือสำหรับประชาชน
การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ให้ผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
ในปีงบประมาณถัดไป ลงทะเบียนและ
ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เดือนกันยายน

คุณสมบัติ
ของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ตรวจสอบดูคุณสมบัติของตัวเอง ตามรายการดังนี้

(๑) มีสัญชาติไทย

(๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต เทศบาลตำบลสวนกล้วย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ (ตามทะเบียนบ้าน)

(๓) เป็นผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปี บริบูรณ์ในปีถัดไป (ปัจจุบันอายุ ๕๙ ปี) และต้องเกิดก่อน ๒ กันยายน

(๔) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำหรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้น ผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

หมายเหตุ : กรณีผู้สูงอายุผู้ใดที่มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จากเทศบาลตำบลสวนกล้วย ต่อมาผู้สูงอายุนั้นได้ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ตำบลอื่น ให้ผู้สูงอายุนั้นไปลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุด้วยตนเองที่ตำบลแห่งใหม่นับตั้งแต่วันที่ย้ายแต่ไม่เกินเดือนพฤศจิกายนของปีนั้นๆ ทั้งนี้ ให้ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากตำบลแห่งใหม่ในปีงบประมาณถัดไป โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่แจ้งให้เทศบาลตำบลสวนกล้วยที่จ่ายเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุผู้นั้นทราบเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน ทั้งนี้ในระหว่างปีงบประมาณให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมที่จ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นยังคงจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อไปจนกว่าจะสิ้นปีงบประมาณ

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

“ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ”
ณ งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดเทศบาล
อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

เตรียมเอกสาร ดังนี้

(๑) บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา

(๒) ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา

(๓) สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขที่บัญชี)

หมายเหตุ : ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อที่ เทศบาลตำบลสวนกล้วย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้รับมอบอำนาจ

คู่มือสำหรับประชาชน
การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ

ตรวจสอบดูคุณสมบัติของตัวเอง ตามรายการดังนี้

(๑) มีสัญชาติไทย
(๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต เทศบาลตำบลสวนกล้วย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ (ตามทะเบียนบ้าน)
(๓) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
(๔) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ตัวอย่างบัตรประจำตัวคนพิการ

หมายเหตุ : กรณีได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการอยู่แล้วและได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่เทศบาลตำบลสวนกล้วย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ จะต้องมาขึ้นทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการที่เทศบาลตำบลสวนกล้วย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ และให้ได้รับเบี้ยความพิการจากเทศบาลตำบลสวนกล้วย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ในเดือนถัดไป ทั้งนี้ต้องได้รับการยืนยันจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมที่จ่ายเงินเบี้ยความพิการให้ เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนในการจ่ายเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งสองแห่ง

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

“ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ”
ณ งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดเทศบาล
อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

เตรียมเอกสาร ดังนี้

(๑) บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการฉบับจริงพร้อมสำเนา

(๒) ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา

(๓) สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขที่บัญชี)

หมายเหตุ : ในกรณีผู้พิการที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทน แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย

คำชี้แจง

ผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพอยู่แล้วในพื้นที่อื่น ภายหลังได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่ในพื้นที่ เทศบาลตำบลสวนกล้วย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ให้มาแจ้งขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพต่อที่เทศบาลตำบลสวนกล้วย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ แต่สิทธิในการรับเงินจะคงอยู่ที่เดิมจนสิ้นปีงบประมาณ เช่น

นางหนูดี รับเงินเบี้ยยังชีพอยู่ อบต.ทุ่งนา ภายหลังได้แจ้งย้ายที่อยู่มาอยู่ในพื้นที่เทศบาลตำบลสวนกล้วย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ในวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๓ นางหนูดี จะต้องมาขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุใหม่ ที่ เทศบาลตำบลสวนกล้วย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ไม่เกินเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๓ ทั้งนี้เพื่อที่จะได้รับเงินในเดือนตุลาคม ๒๕๖๓ (งบประมาณ ๒๕๖๔) เป็นต้นไป

หาก นางหนูดี ได้ย้ายทะเบียนบ้านจาก อบต. ทุ่งนา มาอยู่ในพื้นที่เทศบาลตำบลสวนกล้วย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ในวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๓ และได้มาขึ้นทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ในวันที่ ๔ ตุลาคม ๒๕๖๓ นางหนูดี จะยังคงรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่ อบต. ทุ่งนา ไปจนถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๔ (งบประมาณ ๒๕๖๔) และจะมีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่เทศบาลตำบลสวนกล้วยในเดือนตุลาคม ๒๕๖๔ (งบประมาณ ๒๕๖๕) เป็นต้นไป

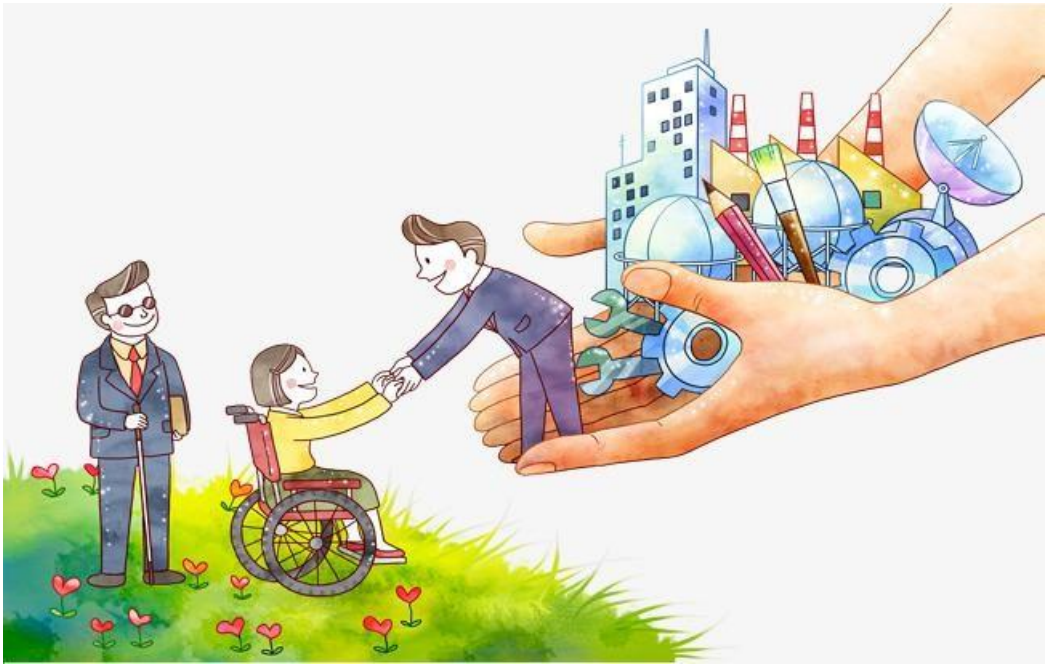
ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงิน
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ

ให้ผู้ที่มายื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพมาตรวจสอบรายชื่อ ตามประกาศ ณ เทศบาลตำบลสวนกล้วย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ภายในวันที่ ๑๕ ธันวาคม ของทุกปี

(นับจากวันสิ้นสุดกำหนด การยื่นขอขึ้นทะเบียน วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี)

การจ่ายเงิน
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ

กรมบัญชีกลาง จะดำเนินการโอนเงินให้กับผู้สูงอายุและคนพิการ ทุกวันที่ ๑๐ ของเดือน หากเดือนไหนตรงกับเสาร์อาทิตย์ก็จะโอนให้ในวันที่ ๙ ของเดือน



กำหนดวันจ่ายเบี้ยยังชีพ ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน

ช่องทางการรับเงินเบี้ยยังชีพ

ผู้ประสงค์รับเงินผ่านธนาคาร

กรมบัญชีกลางโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารตามที่เจ้าหน้าที่เทศบาลบันทึกลงในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพที่ท่านแจ้งความประสงค์ไว้ หรือในนามผู้ได้รับมอบอำนาจ

การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแบบขั้นบันได

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับในปัจจุบัน (ปี ๒๕๖๔)
การจ่ายเบี้ยยังชีพจะคิดในอัตราขั้นบันได

ขั้นบันได หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วงๆ โดยเริ่มตั้งแต่อายุ ๖๐ ปี
การคำนวณอายุสำหรับรับเบี้ยยังชีพจะคำนวณตามปีงบประมาณไม่ใช่ปีปฏิทินและไม่มีการเพิ่มอายุระหว่างปี

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

การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ

(๑) ตาย

(๒) ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตเทศบาลตำบลสวนกล้วย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

(๓) ขาดคุณสมบัติ

(๔) แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นหนังสือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ

(๑) ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง

(๒) กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพมอบอำนาจให้โอนเงินเข้าบัญชีบุคคลอื่น จะต้องเขียนใบมอบอำนาจให้ชัดเจนพร้อมทั้งมีพยานเซ็นรับทราบด้วย

(๓) เมื่อย้ายภูมิลำเนาออกจากเทศบาลตำบลสวนกล้วย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ไปอยู่ภูมิลำเนาอื่นต้องแจ้งข้อมูลให้เทศบาลบาลตำบลสวนกล้วยได้รับทราบ และต้องไปขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปใหม่ด้วยเพื่อรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

(๔) ให้ผู้ที่ได้รับเบี้ยยังชีพและคนพิการ แสดงการมีชีวิตอยู่ต่อเทศบาลตำบลสวนกล้วยภายในเดือนตุลาคมของทุกปี

(๕) กรณีผู้สูงอายุ คนพิการ เสียชีวิตให้ผู้ดูแลหรือญาติของผู้สูงอายุ แจ้งการเสียชีวิตให้เทศบาลตำบลสวนกล้วยได้รับทราบภายใน ๗ วัน (พร้อมสำเนามรณบัตร)

ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ

(๑) ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพิ่มวินิจฉัยและออกเอกสารรับรองสภาพความพิการ

(๒) ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดศรีสะเกษ หรือ ติดต่อที่งานพัฒนาชุมชน เทศบาลตำบลสวนกล้วย ดำเนินการยื่นเอกสารให้โดยเตรียมเอกสารดังต่อไปนี้

๒.๑ เอกสารรับรองสภาพความพิการที่รับรองโดยแพทย์เฉพาะทาง (ฉบับจริง)

๒.๒ รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป

๒.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๕ ถ้าคนพิการมีผู้ดูแล ให้นำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ อย่างละ ๑ ฉบับ

การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ สามารถต่อได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดศรีสะเกษ หรือ ติดต่อที่งานพัฒนาชุมชน เทศบาลตำบลสวนกล้วย ดำเนินการยื่นเอกสารให้ โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

(๑) บัตรประจำตัวคนพิการฉบับเดิม

(๒) รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป

(๓) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ

(๔) หลักฐานการดูแลผู้พิการกรณีมีผู้ดูแล ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ

การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ ผู้ดูแลคนพิการคนเก่าและผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ ต้องไปติดต่อทำเรื่องเปลี่ยนแปลงที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดศรีสะเกษ พร้อมกันด้วยตนเอง โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

(๑) บัตรประจำตัวคนพิการฉบับเดิม

(๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ

(๓) หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนเดิม ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ

(๔) หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ

(๕) หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ

(๖) สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้รับรอง (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สท. หรือข้าราชการ ระดับ ๓ ขึ้นไป จำนวน ๑ ฉบับ

ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

(๑) ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ แพทย์ต้องระบุ **“เอดส์” / “ผู้ป่วยเอดส์”** เท่านั้น

(๒) ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลสวนกล้วย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

(๓) เป็นผู้มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

(๔) การยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดเทศบาลตำบลสวนกล้วย โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่น ดังนี้

๔.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ แพทย์ต้องระบุ **“เอดส์” / “ผู้ป่วยเอดส์”**

๔.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)

๔.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)

(๕) กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ อาจมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้

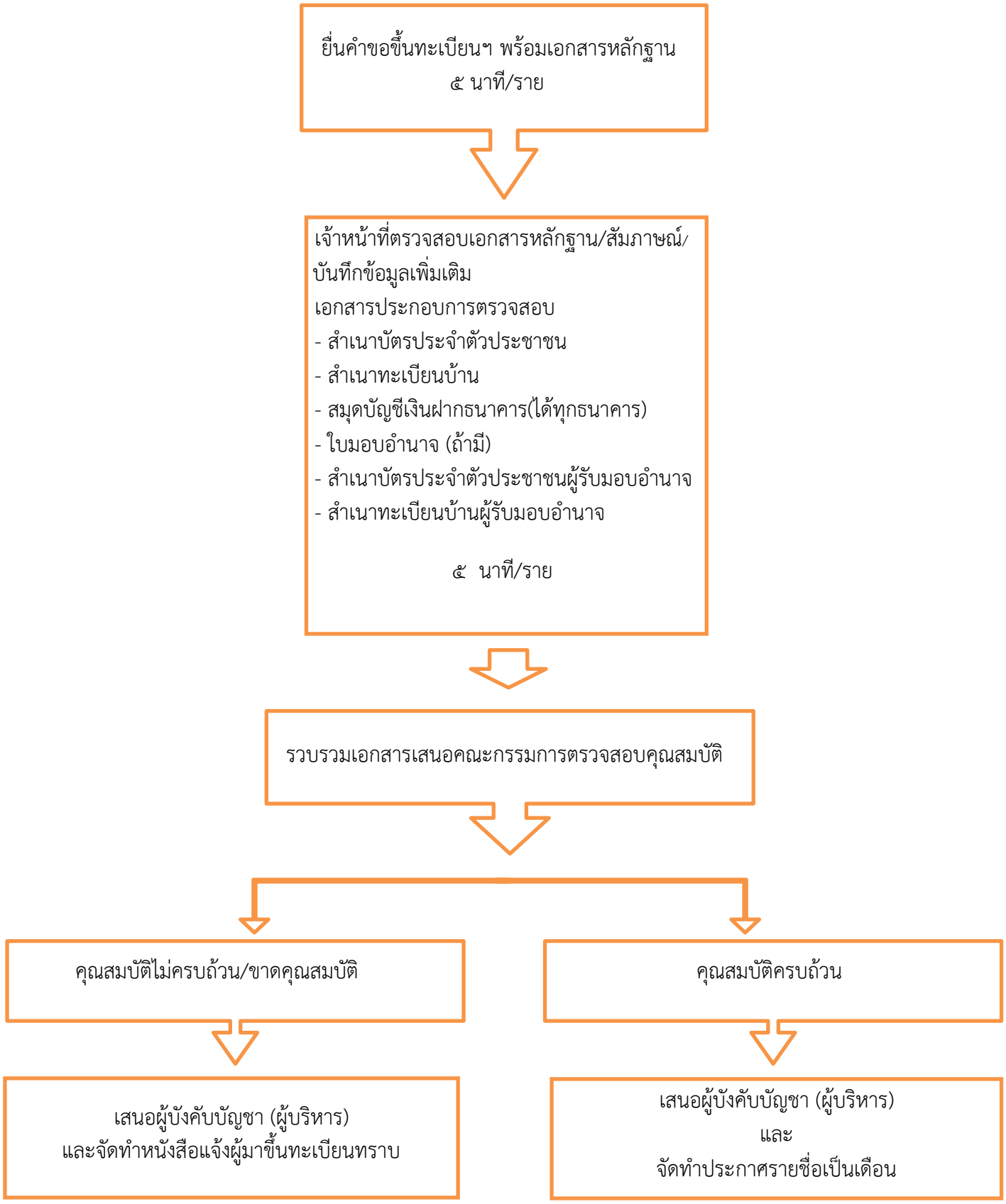
(๖) กรณีผู้ป่วยเอดส์เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการหรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการสามารถดำเนินการได้ทั้งหมด

ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่า “เอดส์” / “ผู้ป่วยเอดส์” เท่านั้น
หากระบุว่า HIV (เอชไอวี) ผู้มีเชื้อเอชไอวี ภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือระบุเป็นอย่างอื่นถือว่าไม่เข้าหลักเกณฑ์การได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ภาคผนวก

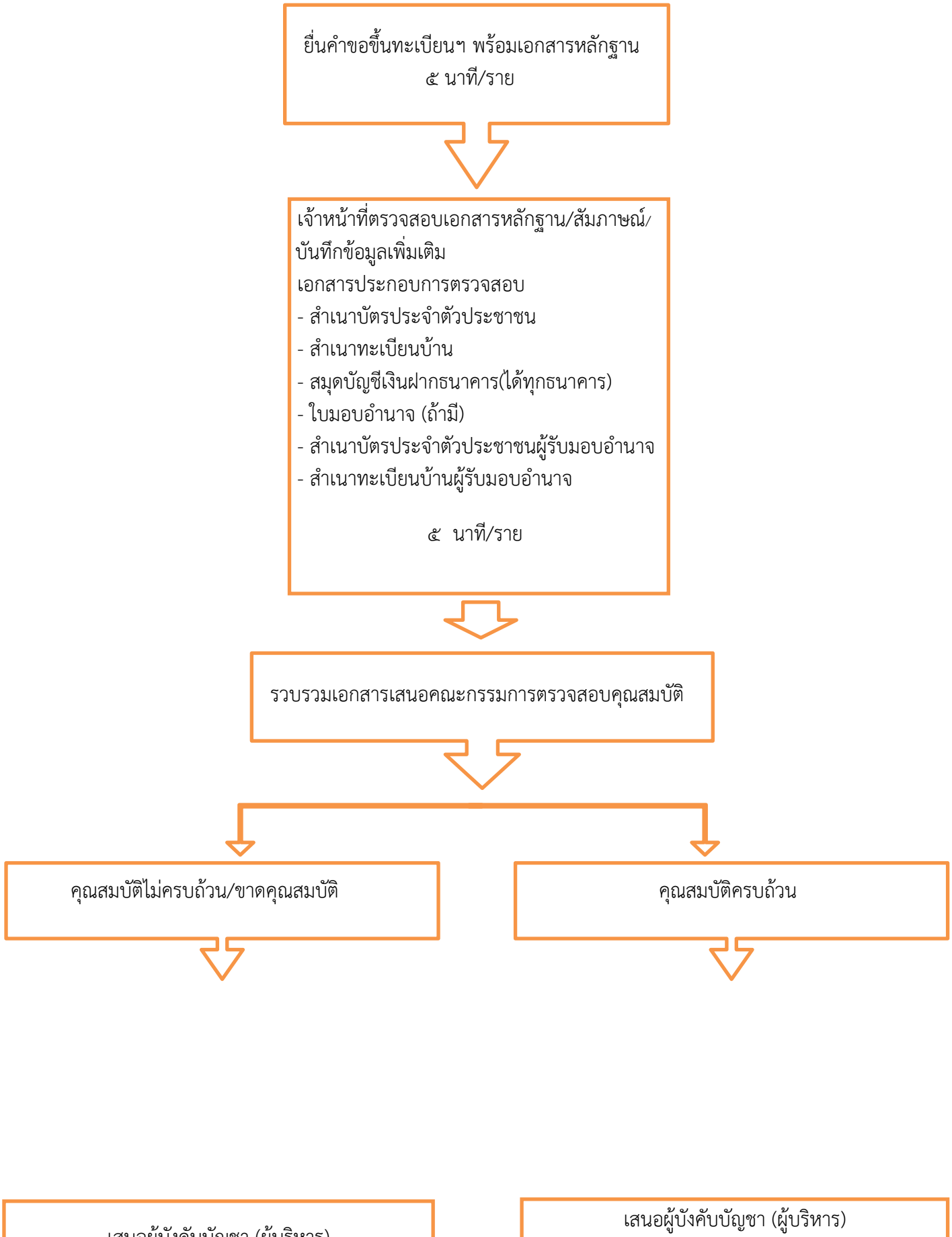
แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ



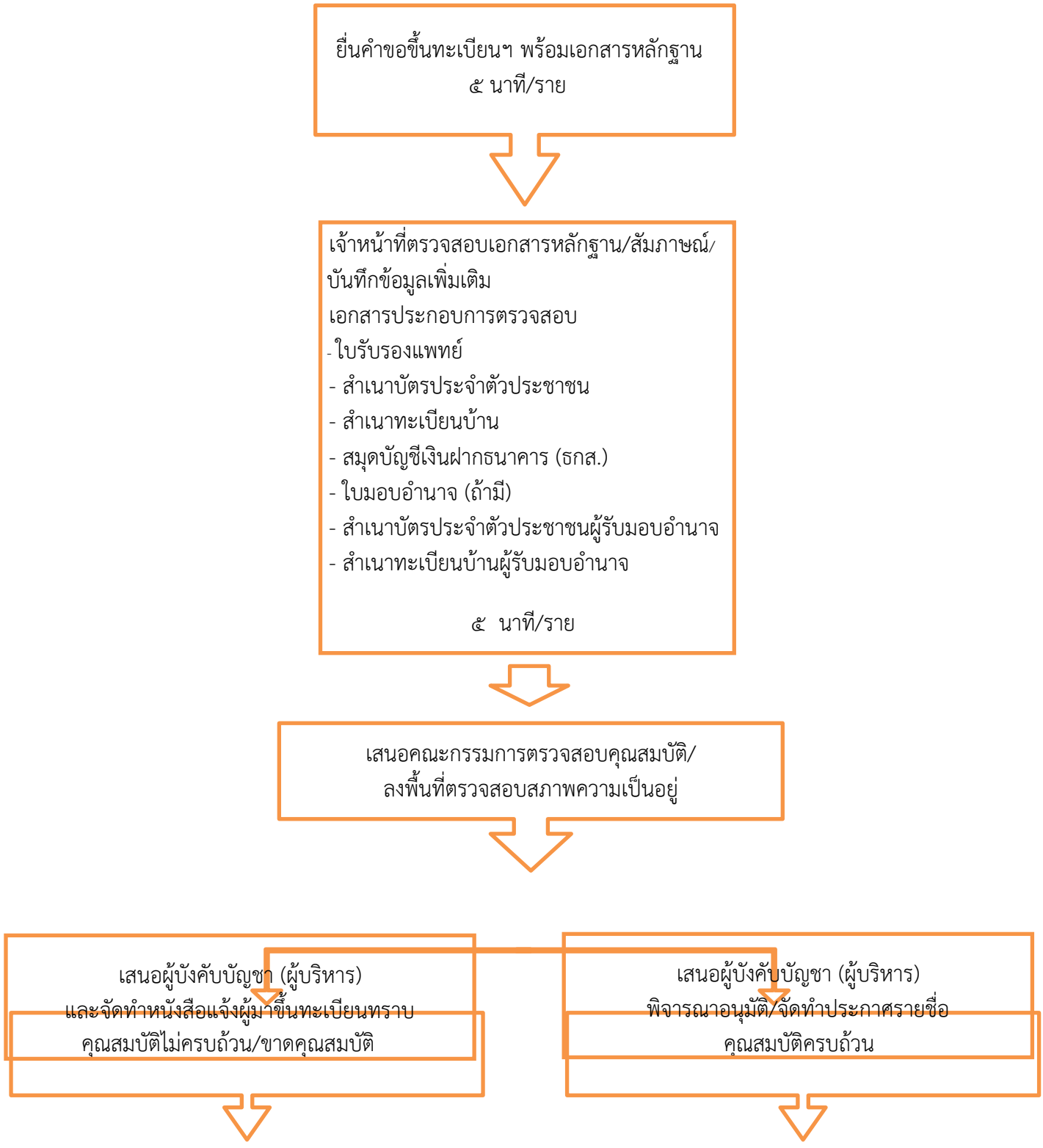
แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

การรับขึ้นทะเบียนพิการ



แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

การรับขึ้นทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์



ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียน
ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ขอลงทะเบียน
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.....มีชื่ออยู่ใน
สำเนาทะเบียนบ้านเลขที่ .....หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ ซอย .....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์ .....
โทรศัพท์.....
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐
สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ .....
รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ
☐ ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์
☐ ได้รับเงินเบี้ยความพิการ ☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ .....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)
☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้
☐ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☐ ทะเบียนบ้าน
☐ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
☐ บัญชีเงินฝากธนาคาร .....บัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

"ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ บำเหน็จรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและข้าพเจ้ายินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ"

(ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ) .....
(.....) (.....)
ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

<u>หมายเหตุ</u> ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	**ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**
เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ ..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ แล้ว ☐ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก .... (ลงชื่อ) ..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	เรียน นายก เทศมนตรี/อบต. ..... คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) ..... ( ) กรรมการ (ลงชื่อ) ..... ( ) กรรมการ (ลงชื่อ) ..... ( )

คำสั่ง

☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่น ๆ.....

.....

(ลงชื่อ) .....

นายก เทศมนตรี/นายก อบต. .....

วัน/เดือน/ปี .....

ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน โดยได้รับตั้งแต่เดือน..... พ.ศ. ..... เป็นต้นไป กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนา ไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนกันยายนของปีนั้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้เบี้ยผู้สูงอายุ ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมจนสิ้นปีงบประมาณ และรับที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ในปีงบประมาณถัดไป

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. .....

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน: ผู้ยื่นคำขอฯ ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามี – ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ
ชื่อ – สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....
เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้พิการ เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

คำนำหน้านาม ☐เด็กชาย ☐เด็กหญิง ☐นาย ☐นาง ☐นางสาว ☐อื่นๆ(ระบุ).....
ชื่อ .....นามสกุล.....เกิดวันที่.....เดือน .....พ.ศ. .....
อายุ..... สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนน..... ตำบล.....อำเภอ.....ศรีสะเกษ.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนคนพิการ ที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐
ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการมองเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา
☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้
☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางออทิสติก
☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
สถานภาพสมรส : ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ (ระบุ) .....
บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....
ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ☐เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....
☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐อื่นๆ (ระบุ).....
☐ มีอาชีพ (ระบุ).....รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....บาท
☐ มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ.....
มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ..... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)
☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ์/ผู้ดูแล
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ์ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ์
ธนาคาร.....เลขที่บัญชี.....
พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้
☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้รับเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับผ่านธนาคาร)
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ(ในกรณียื่นคำขอฯแทน)
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
(ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ).....

(.....)
ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

(.....)
เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

-๒-

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	**ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**
เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ ..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ ☐ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก .... (ลงชื่อ) ..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	เรียน นายก เทศมนตรี/ อบต. ..... คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็น ดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง ..... กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง ..... กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง .....

คำสั่ง

☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่นๆ .....

(ลงชื่อ).....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วัน/เดือน/ปี.....

(ตัดตามรอยปะให้ผู้พิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....
.....

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน ตั้งแต่เดือน..... พ.ศ. ..... เป็นต้นไป ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีที่ผู้พิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่นับแต่วันที่ย้ายไป ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. .....

ลำดับที่ (...../ พ.ศ. .....)
เรียน.....

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

๑. ที่พักตนเอง
( ) เป็นของตนเองและมีลักษณะ ( ) ชำรุดทรุดโทรมมาก ( ) ชำรุดทรุดโทรมบางส่วน ( ) มั่นคงถาวรดี
( ) เป็นของ.....เกี่ยวข้องเป็น.....
๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้
( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก.....
อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้
( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก.....
อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้
( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก.....
( ) อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....
( ) พักอาศัยกับ.....รวม.....คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน
มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....
๔. รายได้ – รายจ่าย
มีรายได้รวม.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....
นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....
บุคคลที่สามารถติดต่อได้ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
สถานที่ติดต่อเลขที่.....ถนน.....ตรอง/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์..... โทรสาร.....
เกี่ยวข้องเป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

ใบสอบประวัติ

ผู้ป่วยโรคเอดส์

๑. ชื่อ.....นามสกุล.....

๒. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

๓. อายุ.....ปี

๔. ที่อยู่

๔.๑ อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

๔.๒ กรรมสิทธิ์ในการครอบครอง

( ) เป็นของตนเอง ( ) อาศัยอยู่ ( ) อื่นๆ (ระบุ).....

๕. สถานภาพการสมรส

( ) โสด ( ) สมรสอยู่ด้วยกัน ( ) สมรสแยกกันอยู่

( ) หม้ายหย่าร้าง ( ) หม้ายคู่สมรสเสียชีวิต

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

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ที่อยู่	อาชีพ	รายได้

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

ที่มาของรายได้.....

.....

๘. ระดับการศึกษา..... ประถมศึกษา.....

๙. ความคิดเห็นของผู้สัมภาษณ์.....

(ลงชื่อ).....ผู้สัมภาษณ์

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. .....

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. .....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

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

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

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

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

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

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

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

เป็นผู้มีอำนาจ..... แทนข้าพเจ้าจนเสร็จสิ้นการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

เอกสารที่ต้องใช้เพิ่มเติม

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน , สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้มอบอำนาจพร้อมลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ อย่างละ ๑ ฉบับ

๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน , สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้รับมอบอำนาจ พร้อมลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ อย่างละ ๑ ฉบับ

๓. กรณีเป็นผู้พิการ ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวผู้พิการ พร้อมลงลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือ อย่างละ ๑ ฉบับ

๔. กรณีใช้ลายพิมพ์นิ้วมือให้มีผู้ลงนามรับรองด้านล่างลายพิมพ์นิ้วมือนั้นอีก ๒ คน

แบบแสดงตนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพ
“เทศบาลตำบลสวนกล้วย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ”

เขียนที่ เทศบาลตำบลสวนกล้วย
อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ๓๓๑๑๐

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....สกุล.....
เลขประจำตัวประชาชน..... วัน/เดือน/ปีเกิด.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบลสวนกล้วย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ
รหัสไปรษณีย์ ๓๓๑๑๐ หมายเลขโทรศัพท์.....

☐ มาแสดงด้วยตนเอง

☐ มาแสดงแทนนาย/นาง/นางสาว.....สกุล.....
เลขประจำตัวประชาชน.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ บัตร.....
อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์..... เป็นผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพ ( ) ผู้สูงอายุ ( ) ผู้พิการ ( ) ผู้ป่วยเอดส์ จากเทศบาลตำบลสวนกล้วย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ซึ่งเป็นผู้มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ ☐ **ครบถ้วน** ☐ **ไม่ครบถ้วน**

- ○ ยังมีชีวิตอยู่
- ○ มีสัญชาติไทย
- ○ มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
- ○ ไม่เป็นผู้ที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองท้องถิ่น
- ○ มีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้ลงทะเบียน และยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น **(เฉพาะกรณีผู้สูงอายุ)**
- ○ ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ **(เฉพาะกรณีผู้สูงอายุ)**

โดยข้าพเจ้ารับเงินด้วยวิธี

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ
ธนาคาร.....สาขา.....
ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำอาจ/ผู้ดูแลคนพิการ
ธนาคาร.....สาขา.....
ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

ลงชื่อ.....ผู้มาแสดงตน
(.....)

( ) ตรวจสอบถูกต้อง
( ) ไม่ถูกต้องเนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)