



คู่มือสำหรับประชาชน

- การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ
- การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์



กองสวัสดิการสังคม
องค์การบริหารส่วนตำบลพะทาย
อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

คำนำ

งานพัฒนาชุมชน กองสวัสดิการสังคมองค์การบริหารส่วนตำบลพะทาย มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลพะทาย และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลเหล่านี้รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนผู้พิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ และรับคำร้องผู้ป่วยเอดส์เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้กับบุคคลดังกล่าวโดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้อง มีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็วและถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าวขององค์การบริหารส่วนตำบลพะทาย จึงได้จัดทำคู่มือการลงทะเบียนและแบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ และยื่นคำร้องเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ฉบับนี้ขึ้น

องค์การบริหารส่วนตำบลพะทาย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิที่ตนพึงได้รับรวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการต่อไป

งานพัฒนาชุมชน กองสวัสดิการสังคม
องค์การบริหารส่วนตำบลพะทาย

สารบัญ

คำนำ	ก
สารบัญ	ข
ความเป็นมาและความสำคัญในการจัดทำคู่มือ	1
คู่มือสำหรับประชาชน: การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	2
คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	3
คู่มือสำหรับประชาชน: การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ	4
คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ	5
คู่มือสำหรับประชาชน: การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์	6
คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์	7

ภาคผนวก

แบบฟอร์มการขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ
แบบฟอร์มการขึ้นทะเบียนผู้พิการ
หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์
แบบคำขอรับการสงเคราะห์
หนังสือมอบอำนาจ
หนังสือรับรองการมีชีวิต
หนังสือขอสละสิทธิการรับเงินเบี้ยยังชีพ

ความเป็นมาและความสำคัญในการจัดทำคู่มือ

คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual) เป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่งในการทำงานทั้งระดับหัวหน้างาน และผู้ปฏิบัติงานซึ่งเป็นการจัดทำรายละเอียดของการทำงานในหน่วยงานนั้น ๆ อย่างเป็นระบบและครบถ้วน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลายประการ เช่น การสอนงาน การตรวจสอบการทำงาน การควบคุมงาน การติดตามงาน และการประเมินผลการปฏิบัติงาน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานขององค์กรเปรียบเสมือนแผนที่บอกเส้นทางการทำงานที่มีจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดมีคำอธิบายตามที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานไว้อ้างอิง ไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการทำงาน การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานถือเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานตามแนวทางของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ที่มุ่งไปสู่การบริการคุณภาพทั่วทั้งองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อให้การทำงานของส่วนราชการได้มาตรฐาน เป็นไปตามเป้าหมาย ได้ผลิตผลหรือการบริการที่มีคุณภาพเสร็จรวดเร็วทันตามกำหนดเวลานัดหมาย มีการทำงานที่ปลอดภัย และไม่สร้างมลพิษแก่ชุมชน วัตถุประสงคในการจัดทำคู่มือ

1. เพื่อให้หน่วยงานมีการจัดทำคู่มือประกอบการปฏิบัติงานให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่ออธิบายขั้นตอนรายละเอียดของกระบวนการงานในความรับผิดชอบของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม ให้ผู้ปฏิบัติงานทราบและเข้าใจว่าควรปฏิบัติงานอย่างไร เมื่อใด กับใคร และควรทำอะไรก่อนและหลัง โดยมีเอกสารอ้างอิงในการปฏิบัติงาน
2. เพื่อให้การปฏิบัติงานของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคมมีแนวทางการปฏิบัติเป็นไปตามมาตรฐานและเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ได้ผลิตผลหรือการบริการที่มีคุณภาพเสร็จรวดเร็วทันตามกำหนดเวลานัดหมาย
3. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานด้านพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคมหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานดังกล่าว รวมทั้งผู้ที่สนใจใฝ่รู้ได้ทราบแนวทางการปฏิบัติงานของฝ่ายพัฒนาชุมชนฯ และสามารถนำไปใช้ป็นสื่อในการติดต่อประสานงาน
4. เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับผู้บริหารใช้ในการทบทวนและตรวจติดตามงานได้ทุกขั้นตอน



คู่มือสำหรับประชาชน

1. ชื่องาน การยืนยันสิทธิเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

2. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

1. ประชาชนติดต่อยื่นคำขอ
2. เจ้าหน้าที่รับคำขอและตรวจเอกสาร
3. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ (คุณสมบัติถูกต้อง)
4. นำเสนอ นายก อบต. เพื่อพิจารณาอนุมัติ
5. ประกาศผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

3. ระยะเวลาที่ใช้ในการขอรับบริการ:

ภายในระยะเวลา 1 อาทิตย์

4. ช่องทางให้บริการ:

สถานที่รับบริการ: งานพัฒนาชุมชน กองสวัสดิการสังคมองค์การบริหารส่วนตำบลพะทาย
และเว็บไซต์หลัก <https://www.patai.go.th>

5. ค่าธรรมเนียม:

-ไม่มีค่าธรรมเนียม

6.รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่น:

- 1) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- 2) สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร



คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ตรวจสอบคุณสมบัติของตนเองตามรายการดังนี้

- (1) มีสัญชาติไทย
- (2) มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขต อบต. พะทาย
- (3) มีอายุครบ 65 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้ยืนยันสิทธิขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์การบริหารส่วนตำบลพะทาย
- (4) เป็นผู้ไม่มีรายได้หรือมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติตามกฎหมายว่า

ด้วยผู้สูงอายุกำหนด

หมายเหตุ: กรณีได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้ว และได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่ตำบลพะทาย จะต้องมายืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ที่ อบต. พะทาย อีกครั้งหนึ่งนับตั้งแต่วันที่ย้ายเพื่อใช้สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพอย่างต่อเนื่อง



คู่มือสำหรับประชาชน

1. ชื่องาน การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ

2. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

1. ประชาชนติดต่อยื่นคำขอ
2. เจ้าหน้าที่รับคำขอและตรวจเอกสาร
3. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ (คุณสมบัติถูกต้อง)
4. นำเสนอนายก อบต. เพื่อพิจารณาอนุมัติ
5. ประกาศผู้มีสิทธิ์รับเบี้ยยังชีพผู้พิการ

3. ระยะเวลาที่ใช้ในการขอรับบริการ:

ภายในระยะเวลา 1 อาทิตย์

4. ช่องทางให้บริการ:

สถานที่รับบริการ: งานพัฒนาชุมชน กองสวัสดิการสังคมองค์การบริหารส่วนตำบลพะทาย
และเว็บไซต์หลัก <https://www.patai.go.th>

5 ค่าธรรมเนียม:

ไม่มีค่าธรรมเนียม

6. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่น:

- 1) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- 2) สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3) สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ (สมุดประจำตัวคนพิการ / บัตรประจำตัวคนพิการ PWD)
- 4) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร



ตัวอย่างบัตรและสมุดประจำตัวคนพิการ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ

ตรวจสอบคุณสมบัติของตนเองตามรายการดังนี้

1. สัญชาติไทย
2. มีภูมิลำเนาในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) (ตามทะเบียนบ้านในเขต อบต. พะทาย)
3. มีบัตรประจำตัวคนพิการ ตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
4. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ
5. กรณีผู้พิการเป็นผู้ต้องขัง หรืออยู่ในสถานพินิจฯ ให้ยื่นขอผ่านผู้บังคับบัญชาตามสถานที่นั้นๆ

หมายเหตุ: กรณีที่คนพิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทนแต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและคนดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย ทั้งนี้คนพิการที่เป็นผู้สูงอายุสามารถลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุควบคู่กันได้ด้วย



คู่มือสำหรับประชาชน

1. การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

2. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

1. ประชาชนติดต่อยื่นคำขอ
2. เจ้าหน้าที่รับคำขอและตรวจเอกสาร
3. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ (คุณสมบัติถูกต้อง)
4. นำเสนอนายก อบต. เพื่อพิจารณาอนุมัติ
5. จัดทำบันทึกเบิกจ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

3. ระยะเวลาที่ใช้ในการขอรับบริการ:

- ภายในระยะเวลา 1 อาทิตย์

4. ช่องทางให้บริการ:

สถานที่รับบริการ: งานพัฒนาชุมชน กองสวัสดิการสังคมองค์การบริหารส่วนตำบลพะทาย
และเว็บไซต์หลัก <https://www.patai.go.th>

5. ค่าธรรมเนียม:

ไม่มีค่าธรรมเนียม

6. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่น:

- 1) ใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริง) : ออกโดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ (AIDS) โดยต้องออกไม่เกิน ๑ เดือน
- 2) บัตรประจำตัวประชาชน : (ฉบับจริงพร้อมสำเนา) ของผู้ป่วยเอดส์
- 3) ทะเบียนบ้าน : (ฉบับจริงพร้อมสำเนา) ของผู้ป่วยเอดส์
- 4) สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร : (พร้อมสำเนา) เพื่อโอนเงินเบี้ยยังชีพ
- 5) กรณีมอบอำนาจ:
 - หนังสือมอบอำนาจ
 - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ตรวจสอบคุณสมบัติของตนเองตามรายการดังนี้

1. สัญชาติ: ต้องมีสัญชาติไทย
2. ภูมิลำเนา: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) นั้นๆ จริง
3. การวินิจฉัยโรค: ต้องมีใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐที่ยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ (AIDS) จริง (หมายเหตุ: หากใบรับรองแพทย์ระบุเพียงว่าติดเชื้อ HIV หรือมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องโดยยังไม่ปรากฏอาการโรคเอดส์ อาจไม่เข้าเกณฑ์ในบางพื้นที่)
4. สถานะทางเศรษฐกิจ: มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้
5. เกณฑ์รายได้: ส่วนใหญ่กำหนดว่าต้องมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๒๐,๐๐๐ บาท ต่อปี
6. ข้อห้าม: ต้องไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เช่น ไม่ได้อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐ)



ภาคผนวก

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ทะเบียนเลขที่...../.....

ผู้ยื่นคำขอฯ () แจ้งด้วยตัวเอง

() ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....

ผู้สูงอายุที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่บ้าน.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....โทร.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)สกุล.....

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

ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ.....

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

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องโดย

เป็น () บิดา - มารดา () บุตร () สามเณร/ภรรยา () พี่น้อง () อื่น

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ () ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ () อยู่ในบัญชีสำรองการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์จะขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล งบประมาณรายจ่าย

เพิ่มเติมประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

() รับเงินสดด้วยตนเอง () รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

() โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ () โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่รับมอบ

อำนาจจากผู้มีสิทธิ ธนาคาร.....เลขบัญชี.....พร้อมแนบ

เอกสาร ดังนี้

() สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

() สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขอรับเงินผ่านธนาคาร)

() หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

(.....)

(.....)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกและทำเครื่องหมาย / ในช่อง () หน้าข้อความที่ต้องการ

-2-

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน**เรียน** คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว

.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

() เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน

() เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้

.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**เรียน** นายกองค้การบริหารส่วนตำบลพะทาย

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

() สมควรรับขึ้นทะเบียน

() ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

()

()

()

ประธานกรรมการฯ

กรรมการ

กรรมการ

คำสั่ง

() รับขึ้นทะเบียน

() ไม่รับขึ้นทะเบียน

() อื่นๆ

.....

.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบล

วันที่.....

หนังสือมอบอำนาจ

ที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
 เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....
 อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
 เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

[illegible]

ติดตามเส้นประให้คนพิการที่ขึ้นทะเบียนเก็บไว้

ทะเบียนเลขที่

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยจะได้รับเงินเบี้ย
ความพิการตั้งแต่เดือน.....ในอัตราเดือนละ บาท กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่
อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่โดยทันที เพื่อรักษาสติ
ให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการ

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

แบบคำขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ (รายใหม่)

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน.....

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

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

.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ

.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติมดังนี้

๑. ที่พักอาศัย

() เป็นของตนเองและมีลักษณะ () ขำรุดทรุดโทรม () ขำรุดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวรดี () เป็นของ

.....เกี่ยวข้องกับ.....

๒. อยู่ห่างจากชุมชน / หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้ ()

สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้ ()

สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

๓. การพักอาศัย

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

อาศัยกับ.....รวม.....คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน มีรายได้รวม

.....บาท / เดือน ผู้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

๔. รายได้ - รายจ่าย

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

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....บุคคลที่

สามารถติดต่อได้.....สถานที่ติดต่อเลขที่..... ถนน

.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ

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

.....โทรสาร.....เกี่ยวข้องกับ.....

๕. คุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ฯ

0 มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ 0 ถูกทอดทิ้ง 0 ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู 0 ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยง
ตัวเองได้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน.....

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มีสิทธิ
ได้รับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่..... ข้าพเจ้า
ขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

☐ เป็นเงินสด

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

หนังสือรับรองว่าจะแจ้งการเสียชีวิต

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับรองว่าจะแจ้งการตายของ.....(ชื่อ-นามสกุล ผู้ป่วยเอดส์) และ
..... (ชื่อ-นามสกุล ผู้รับมอบอำนาจ)

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลพะทาย

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อาชีพ.....
ตำแหน่ง.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์..... ขอรับรองว่าหาก
.....(ชื่อ-นามสกุล ผู้ป่วยเอดส์) ผู้ป่วยเอดส์ผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้พิการ ซึ่งอยู่
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด
ระยอง และหรือ..... (ชื่อ-นามสกุล ผู้รับมอบ
อำนาจ) อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ผู้รับมอบอำนาจแทนผู้ป่วยเอดส์รายนี้ถึงแก่กรรม ข้าพเจ้าจะแจ้งให้องค์การบริหารส่วนตำบลพะทาย ทราบภายใน ๓ วัน
นับแต่วันที่บุคคลดังกล่าวถึงแก่กรรม

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ ผู้รับรอง จะต้องเป็นข้าราชการตั้งแต่ระดับ ๓ หรือมียศตั้งแต่ร้อยตรี หรือเรือตรี เรืออากาศตรี หรือร้อยตำรวจ
ตรีขึ้นไป หรือบุคคลที่น่าเชื่อถือ กำนัน ผู้ใหญ่

หนังสือรับรองบุคคล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่งสังกัด ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว

.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่

ตำบล.....อำเภอจังหวัด เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านจริง
และยังมีชีวิตอยู่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง