

# คู่มือการปฏิบัติงานเบี่ยงชีพ ของเทศบาลตำบลปากอตำ



สำนักปลัด เทศบาลตำบลปากอตำ  
อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย  
โทรศัพท์. ๐๕๓-๖๖๖-๖๙๔

## คำนำ

สำนักปลัด เทศบาลตำบลปากอ่า มีภารกิจหลักในการปฏิบัติงานเบี่ยงชีพให้กับผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยเอดส์ โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี่ยงชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี่ยงความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็ว และถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าวเทศบาลตำบลปากอ่า จึงได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานเบี่ยงชีพ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยเอดส์ ขึ้น

เทศบาลตำบลปากอ่า หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับ และเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานตลอดจนเป็นเกณฑ์การลดดุลพินิจของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน เพื่อประโยชน์สูงสุดในการบริการประชาชนต่อไป

# 1 - 30 พฤศจิกายน ของทุกปี

## เป็นวันรับขึ้นทะเบียน ผู้สูงอายุ...และคนพิการ จ้า

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพฯ

- ผู้สูงอายุ

ตรวจสอบคุณสมบัติของตนเอง ตามรายการดังนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต เทศบาลตำบลปากอ่า (ตามทะเบียนบ้าน)
๓. เป็นผู้ที่มิอายุ ๖๐ ปี บริบูรณ์ในปีถัดไป (ปัจจุบัน อายุ ๕๙ ปี บริบูรณ์และต้องเกิดก่อน ๑ ตุลาคม)
๔. ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

**หมายเหตุ :** กรณีได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้ว และได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่ตำบลปากอ่า จะต้องมาขึ้นทะเบียนที่ เทศบาลตำบลปากอ่า อีกครั้งหนึ่งภายใน ๑-๓๐ พฤศจิกายน

● ผู้พิการ

ตรวจสอบคุณสมบัติของตนเอง ตามรายการดังนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต เทศบาลตำบลปากอ่ดำ (ตามทะเบียนบ้าน)
๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

**หมายเหตุ :** กรณีได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการอยู่แล้วและได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่ตำบลปากอ่ดำ จะต้องมาขึ้นทะเบียนที่ เทศบาลตำบลปากอ่ดำ อีกครั้งหนึ่งภายใน ๑-๓๐ พฤศจิกายน

\*\*\*\*\*

## ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม  
“แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ”

- บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนา
- ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อม สำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อ และเลขที่บัญชี) สำหรับกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุผ่านธนาคาร

**หมายเหตุ :** ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อที่เทศบาลตำบลปากอ่ดำ พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

**\*\*ขอรับแบบคำขอขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ และยื่นเอกสารประกอบ  
ได้ที่ฝ่ายประชาสัมพันธ์ หรือเจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน  
ณ สำนักปลัดเทศบาลตำบลปากอ่ดำ\*\*\***

## ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้พิการ

ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม

“แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ ”

- บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับจริง พร้อมสำเนา
- ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อม สำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อ และเลขที่บัญชี) สำหรับ กรณีที่ผู้ ขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผ่านธนาคาร

**หมายเหตุ :** กรณีที่คนพิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทน แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและคนดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย คนพิการที่เป็นผู้สูงอายุสามารถลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ด้วย

**\*\*ขอรับแบบคำขอขึ้นทะเบียนผู้พิการ และยื่นเอกสารประกอบ  
ได้ที่ฝ่ายประชาสัมพันธ์ หรือเจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน  
ณ สำนักปลัดเทศบาลตำบลปากท่อ\*\*\***

- **การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ**

กำหนดวันจ่ายเงินเบี้ยยังชีพ ภายในวันที่ ๑-๑๐ ของเดือน(ตามความเหมาะสม)

- **ช่องทางการรับเงินเบี้ยยังชีพ**

๑. ผู้ประสงค์รับเงินผ่านธนาคาร

- โอนเข้าบัญชีธนาคารใน นามผู้สูงอายุ ,คนพิการ หรือผู้รับมอบอำนาจ

๒. ผู้ประสงค์รับเงินสด

- ตามจุดที่ได้แจ้งไว้ เช่น สำนักปลัด เทศบาลตำบลปากท่อ/กำนัน

ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้าน หรือ ขึ้นอยู่กับความเหมาะสม โดยจะมีการแจ้งให้ทราบล่วงหน้า (รับเงินสดในนามผู้สูงอายุ,คนพิการ หรือผู้รับมอบอำนาจ)

- การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ  
จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับ คิดในอัตราเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได  
“ขั้นบันได” หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของ ผู้สูงอายุออกเป็นช่วงๆ หรือเป็นขั้นขึ้นๆไปเรื่อย ๆ  
โดยเริ่ม ตั้งแต่อายุ ๖๐ ปี โดยคำนวณตามปีงบประมาณ มิใช่ปีปฏิทิน และไม่มี การเพิ่ม  
ของอายุระหว่างปี

**ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือน  
สำหรับผู้สูงอายุ  
(แบบขั้นบันได)**

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

**วิธีคำนวณอายุของผู้สูงอายุ**

การนับอายุว่าจะอยู่ในขั้นที่เท่าไร ให้นับ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน เท่านั้น เช่น

๑. นางจันทร์ เกิด ๓๐ กันยายน ๒๔๘๗ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๘ นางจันทร์จะอายุ ๗๐ ปี หมายความว่า นางจันทร์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๗๐๐ บาท ในเดือน ตุลาคม ๒๕๕๗ (งบประมาณปี ๒๕๕๘)

๒. นางอังคาร เกิด ๑ ตุลาคม ๒๔๘๗ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๘ นางอังคารจะอายุ ๖๙ ปี หมายความว่า นางจันทร์จะได้รับเงิน เบี้ยยังชีพเดือนละ ๖๐๐ บาท เท่าเดิม จนกว่าจะถึงรอบปีถัดไป

การนับรอบปีงบประมาณ คือ ๑ ตุลาคม - ๓๐ กันยายน เช่น  
ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๗-๓๐ กันยายน ๒๕๕๘  
ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๘-๓๐ กันยายน ๒๕๕๙

- การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ

๑. ตาย (ยกเลิกการสงเคราะห์จัดการศพรายละ ๒,๐๐๐ บาท ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครองการส่งเสริม และการสนับสนุนการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี พ.ศ. ๒๕๕๗ ลงวันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๕๗)

๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตเทศบาลตำบลปากท่อ

๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ

๔. ขาดคุณสมบัติ

- หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และคนพิการ

๑. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง

๒. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพ หรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเป็นเงินสด ต้องมารับเงินให้ตรงตามวัน เวลา ที่กำหนด

๓. เมื่อย้ายภูมิลำเนาจากเทศบาลตำบลปากท่อ ไปอยู่ภูมิลำเนาอื่นต้องแจ้งข้อมูลเพื่อให้เทศบาลตำบลปากท่อ ได้รับทราบ

๔. ให้ผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ แสดงการมีชีวิตอยู่ต่อ เทศบาลตำบลปากท่อ ระหว่างวันที่ ๑ - ๕ ตุลาคม ของทุกปี

๕. **กรณีตาย** ให้ผู้ดูแลหรือญาติของผู้สูงอายุ หรือคนพิการของผู้รับเงินเบี้ยยังชีพแจ้งการตาย ให้ เทศบาลตำบลปากท่อ ได้รับทราบ (พร้อมสำเนามรณะบัตร) ภายใน ๗ วัน



- **ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ**

๑. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสารรับรองความพิการ
๒. ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดเชียงราย (ศาลากลางจังหวัด ) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้
  - ๒.๑ เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยแพทย์เฉพาะทาง (ตัวจริง)
  - ๒.๒ รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
  - ๒.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
  - ๒.๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
  - ๒.๕ ถ้าคนพิการมีผู้ดูแลให้นำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ
๓. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอทำบัตรประจำตัวคนพิการให้นำหลักฐาน ตามข้อ ๒.๔ – ๒.๕ มาด้วย

- **การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ**

- การดำเนินการต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ สามารถต่อได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเชียงราย (ศาลากลางจังหวัด) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้
๑. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม
  ๒. รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป
  ๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ จำนวน ๑ ฉบับ
  ๔. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการมีผู้ดูแล ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
  ๕. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการให้นำหลักฐานตามข้อ ๓-๔ มาด้วย

- **การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ**

- การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ สามารถติดต่อได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเชียงราย (ศาลากลางจังหวัด) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้
๑. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม
  ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ จำนวน ๑ ฉบับ
  ๓. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนเดิม ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
  ๔. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
  ๕. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ
  ๖. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้รับรอง จำนวน ๑ ฉบับ (กำหนด ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภา หรือ ข้าราชการ ระดับ ๓ ขึ้นไป)

### ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดย สถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลปาก่อคำ

๓. การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ สำนักปลัดเทศบาล ตำบลปาก่อคำ โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่นดังนี้

๓.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

๓.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)

๓.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)

๔. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้

๕. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด

๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ย ยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนาเท่านั้น

๗. กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้อง แจ้งให้สำนักปลัดเทศบาลตำบลปาก่อคำ ทราบภายใน ๗ วัน

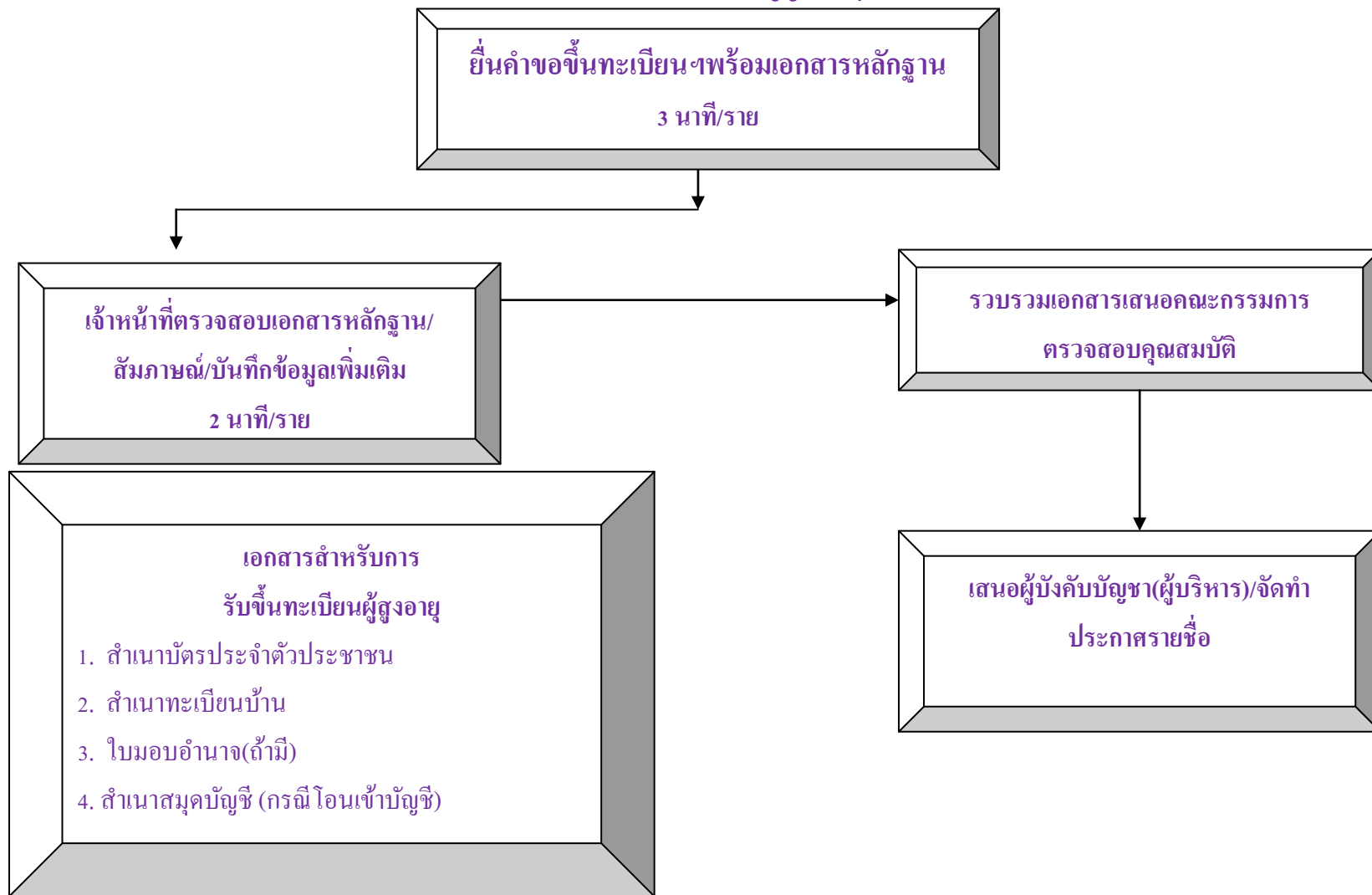
**\*\*\*ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่าป่วยเป็น **โรคเอดส์ /AIDs** เท่านั้น**

**หากระบุว่าป่วยเป็น HIV หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง**

**จะไม่เข้าหลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์\*\*\***

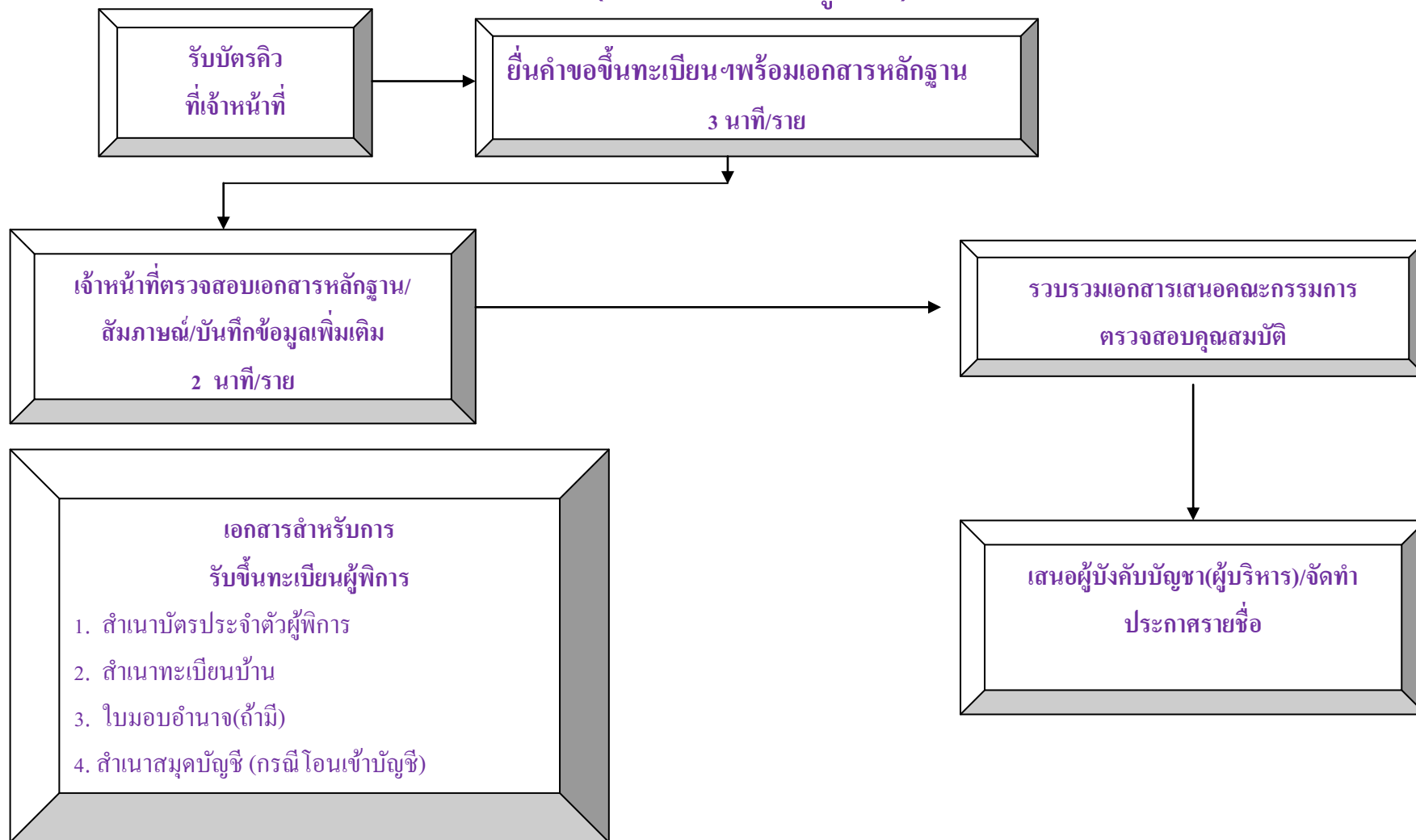
ภาคผนวก

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ  
(การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ)



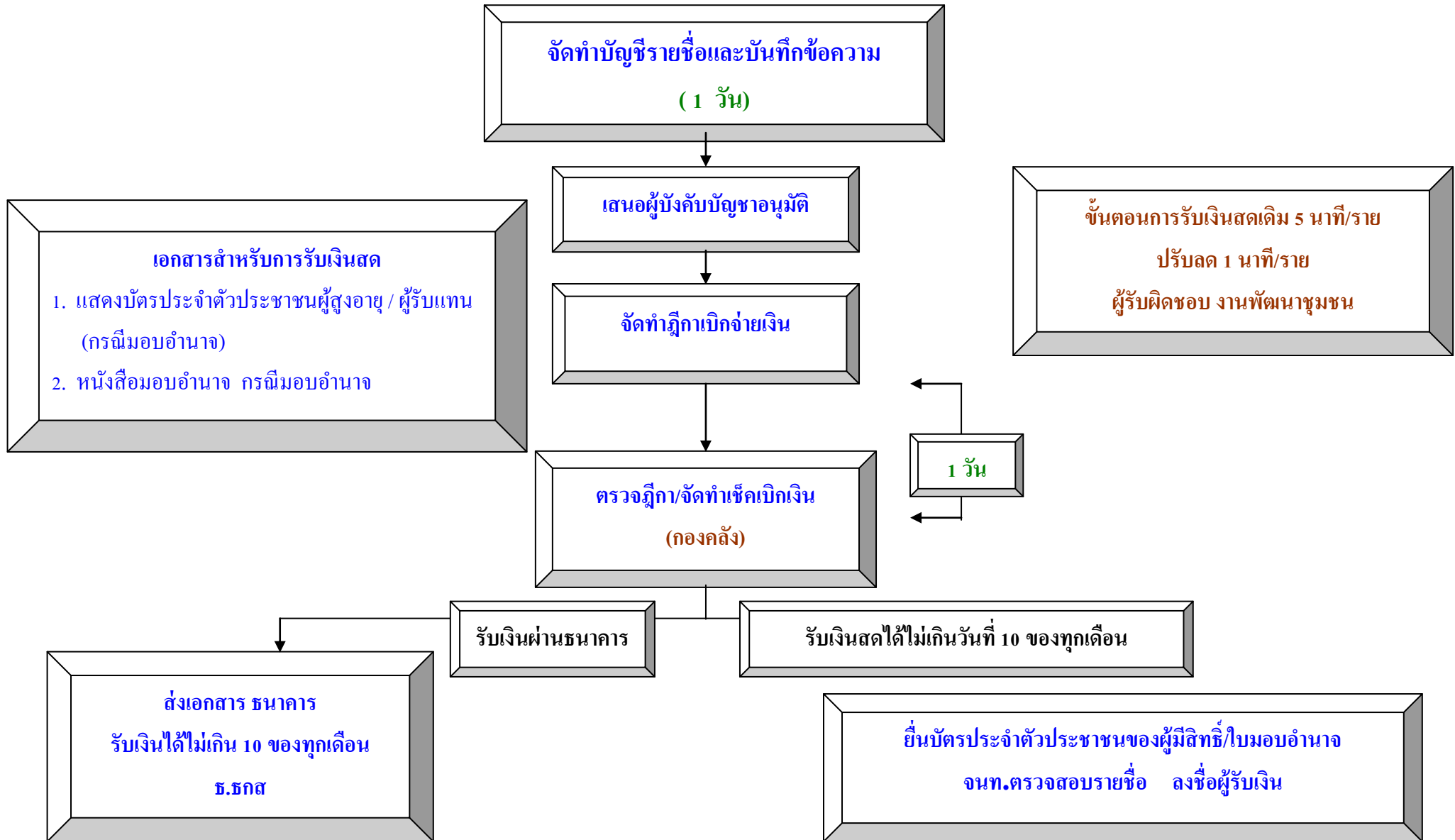
ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ เดิม ๑๐ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๓-๕ นาที/ราย

## แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ)

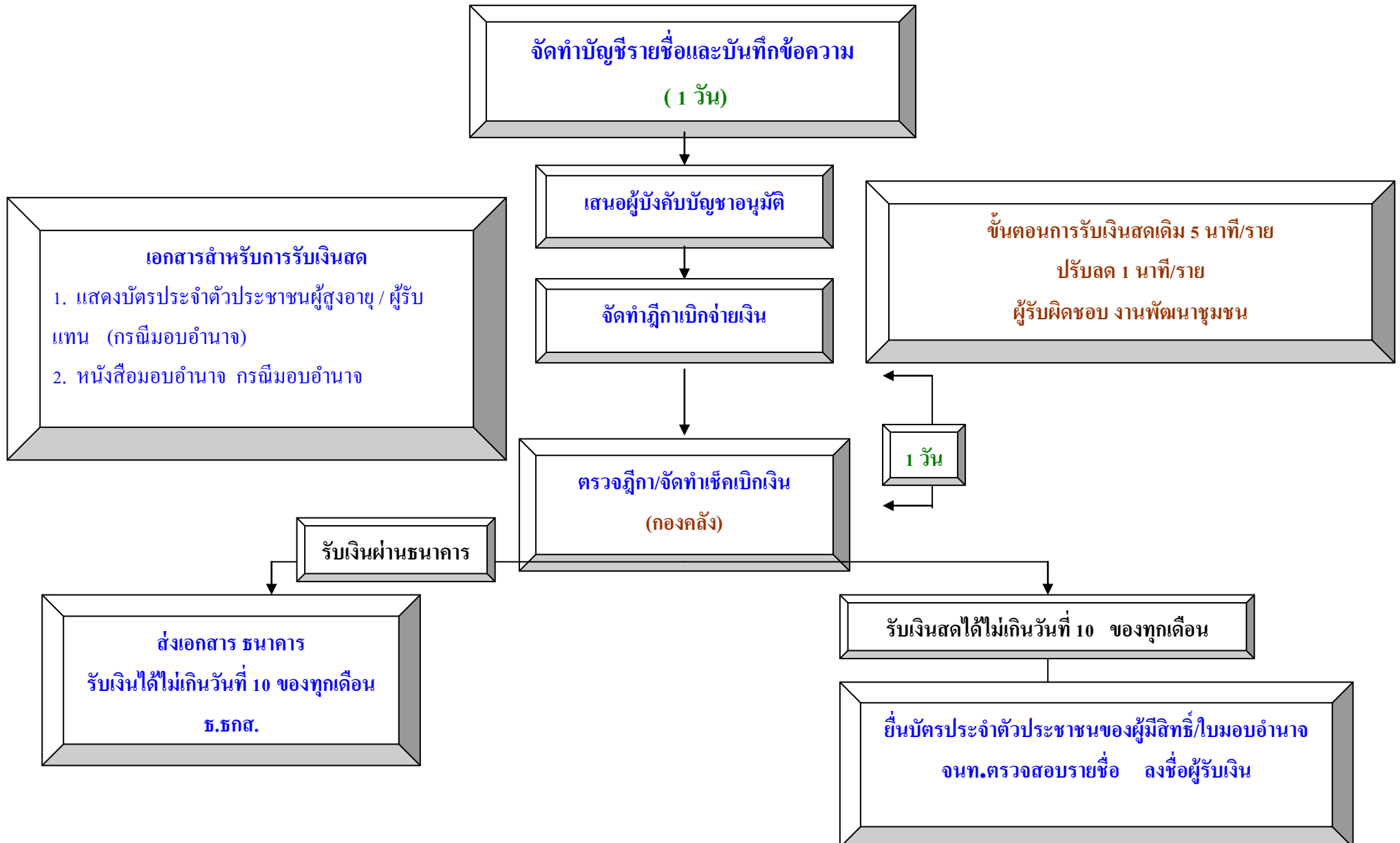


ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ เดิม ๑๐ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๓-๕ นาที/ราย

# แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การเบิก-จ่ายเบี้ยผู้สูงอายุ)



# แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การเบิก-จ่ายเบี้ยความพิการ)



ทะเบียนเลขที่...../.....

**แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....**

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.....มีชื่ออยู่ในสำเนา  
ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของ  
ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ □-□□□□□-□□□□□□-□□-□  
สถานภาพสมรส □ โสด □ สมรส □ หม้าย □ หย่าร้าง □ แยกกันอยู่ □ อื่นๆ.....  
รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

**ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ**

- ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
- ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ  ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

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

- รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย  สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)
- หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจาก  
หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุก  
ประการ

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

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

**หมายเหตุ** ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ







<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน นาย / นาง / นางสาว / ..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน <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"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ..... ..... (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรี / นายก อบต..... คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมี ความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน  กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)  กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)  กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p>
<p>คำสั่ง <input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ..... ..... (ลงชื่อ)..... (.....) นายกเทศมนตรีตำบลปากกวดำ วันที่/เดือน/ปี.....</p>	

(ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้พิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....)

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. .... โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๘ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๕๙ ในอัตราแบบขั้นบันได ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีผู้พิการ ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น (ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๕๘ ถึง วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๙) จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำ ขอรับเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๘ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิ ให้ต่อเนื่อง

**แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ....**

ผู้ยื่นคำขอฯ [ ] แจ้งด้วยตนเอง  
 [ ] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน  
 ชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน .....  
 ที่อยู่.....  
 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  สามี-ภรรยา  พี่น้อง  อื่นๆ .....  
 สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ  ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ  อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

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

- รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ  
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

**พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้**

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย  
 สำเนาทะเบียนบ้าน  
 ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง  
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)  
 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

**หมายเหตุ** ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหน้าข้อความที่ต้องการ

**ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ**

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน  ..... แล้ว

เป็นผู้ที่มีสิทธิครบถ้วน

เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) ..... เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

**ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลบ่อหลวง

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

สมควรรับขึ้นทะเบียน

ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

(.....)

กรรมการ

(.....)

กรรมการ

(.....)

กรรมการ

**คำสั่ง**

รับขึ้นทะเบียน

ไม่รับขึ้นทะเบียน

อื่นๆ.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

นายกเทศมนตรีตำบลปากอ่ดำ

วันที่/เดือน/ปี.....

## หนังสือมอบอำนาจ

ที่ .....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....  
โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....  
เลขที่..... ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....  
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....  
เลขที่..... ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....  
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจ.....แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ  
ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่า ข้าพเจ้าได้กระทำด้วย  
ตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)