

คู่มือการปฏิบัติงาน ด้านงานพัฒนาชุมชน



สัญลักษณ์ผู้สูงอายุ



สัญลักษณ์คนพิการ



สัญลักษณ์วันเอดส์โลก



สัญลักษณ์เด็กแรกเกิด

สำนักปลัด

องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่
อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

คำนำ

องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่ มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคม ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่และส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ให้กับบุคคลเหล่านี้ รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการยื่นยันสิทธิเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การรับลงทะเบียนคนพิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการและรับคำร้องผู้ป่วยเอดส์เพื่อรับเงิน สงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้กับบุคคลดังกล่าว โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ และแก้ไขเพิ่มเติมและการรับลงทะเบียนโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้อง มีแนวทางในการปฏิบัติที่ ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็วและถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าว องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่ จึงได้จัดทำคู่มือ การยื่นยันสิทธิการขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์และการยื่นคำร้องขอลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์และผู้ปกครองของเด็กแรกเกิด มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการ ต่อไป

งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่
นายจรัส ทองลือ นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ
โทร. ๐๙ ๔๒๘๖ ๑๙๙๑,๐๔ ๕๔๒๙ ๕๐๘

ตั้งแต่เดือนตุลาคม - พฤศจิกายนและ
เดือนมกราคม- กันยายน ของทุกปี

เป็นวัน ยืนยันสิทธิการขอรับเงิน
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ.....และ
การยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงิน
เบี้ยความพิการ

อย่าลืม!!!! นะจ๊ะ
ไม่มีชื่อ ไม่มีสิทธิ



บทที่ ๑

บทนำ

๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญในการจัดทำคู่มือ

คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual) เป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่งในการทำงาน ทั้งระดับหัวหน้างาน และผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นการจัดทำรายละเอียดของการทำงานในหน่วยงานนั้น ๆ อย่างเป็นระบบและครบถ้วน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลายประการเช่น การสอนงาน การตรวจงาน ตรวจสอบการทำงาน การควบคุมงาน การติดตามงาน และการประเมินผลการปฏิบัติงาน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานขององค์กร เปรียบเสมือนแผนที่บอกเส้นทางการทำงานที่มีจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดมีคำอธิบายตามที่จำเป็นเพื่อให้ ผู้ปฏิบัติงาน ใ้ใช้อ้างอิงมิให้เกิดความผิดพลาดในการทำงาน

การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานถือเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานตามแนวทางของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบข้าราชการ (ก.พ.ร.) ที่มุ่งไปสู่การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อให้การทำงานของส่วนราชการได้มาตรฐานเป็นไปตามเป้าหมาย ได้ผลิตผลหรือการบริการที่มีคุณภาพ เสร็จรวดเร็วทันตามกำหนดเวลานัดหมาย มีการทำงานปลอดภัย และไม่สร้างมลพิษแก่ชุมชน

๑.๒ วัตถุประสงค์

๑. เพื่ออธิบายขั้นตอนรายละเอียดของกระบวนการงานในความรับผิดชอบของงานพัฒนาชุมชน ให้ผู้ปฏิบัติงาน ทราบและเข้าใจว่าควรปฏิบัติงานอย่างไร เมื่อใด กับใคร และควรทำอะไรก่อนและหลัง โดยมีเอกสารอ้างอิงในการปฏิบัติงาน

๒. เพื่อให้การปฏิบัติงานของงานพัฒนาชุมชน ขององค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่ มีแนวทางการปฏิบัติ เป็นมาตรฐานเดียวกันและเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ได้ผลิตผลหรือการบริการที่คุณภาพ เสร็จ รวดเร็วทันตาม กำหนดเวลานัดหมาย

๓. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานด้านพัฒนาชุมชนหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานดังกล่าวรวมทั้ง ผู้ที่สนใจใฝ่รู้ได้ทราบแนวทางการปฏิบัติงานด้านพัฒนาชุมชน และสามารถนำไปใช้เป็นสื่อในการติดต่อประสานงาน

๔. เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับผู้บริหารใช้ในการทบทวนและตรวจติดตามงานได้ทุกขั้นตอน

๑.๓ ขอบเขต

คู่มือการปฏิบัติงานฯ ฉบับนี้ครอบคลุมขั้นตอนการปฏิบัติงานของงานพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วน ตำบลโพธิ์ใหญ่ เฉพาะกระบวนการให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายต่างๆ ตามระเบียบฯ กฎหมายที่กำหนด ได้กำหนดขอบเขตของกระบวนการในการพิจารณาผู้ขอรับความช่วยเหลือจากผู้ที่ย้ายในเขตพื้นที่และมีทะเบียน บ้านอยู่ในเขต องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่

๑.๔ กรอบแนวคิด

กระบวนการให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์ด้านต่างๆ

๑) กระบวนการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ผู้เกี่ยวข้อง		ความต้องการ
ผู้รับบริการ -ผู้สูงอายุ	ได้รับเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดตามสิทธิที่พึงได้รับ ทุกเดือน	
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย -ผู้ดูแลผู้สูงอายุ -ผู้รับมอบอำนาจรับเงิน	ได้รับเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดตามสิทธิที่พึงได้รับ ทุกเดือน	
ข้อกำหนดด้านกฎหมาย	ประสิทธิภาพของกระบวนการ	ความคุ้มค่า
๑. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ๒. ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วย หลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุของ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖	ผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพเป็น ประจำ ทุกเดือน การโอนเข้าบัญชี โดกรมบัญชีกลาง	ผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเงิน ครบถ้วน ถูกต้อง

๒) กระบวนการจ่ายเงินเบี้ยความพิการ

ผู้เกี่ยวข้อง		ความต้องการ
ผู้รับบริการ -คนพิการ	ได้รับเงินเบี้ยยังชีพแบบอัตราเดียวทุกประเภทความ พิการตามสิทธิที่พึงได้รับทุกเดือน	
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย -ผู้ดูแลคนพิการ -ผู้รับมอบอำนาจรับเงิน	ได้รับเงินเบี้ยยังชีพแบบอัตราเดียวทุกประเภทความ พิการตามสิทธิที่พึงได้รับทุกเดือน	
ข้อกำหนดด้านกฎหมาย	ประสิทธิภาพของกระบวนการ	ความคุ้มค่า
-ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์ การจ่ายเบี้ยความพิการของ องค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ ๔ พ.ศ.๒๕๖๒ -มติคณะรัฐมนตรีเห็นชอบมติจากการประชุม คณะกรรมการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตคน พิการแห่งชาติเพิ่มเงินเบี้ยความพิการให้แก่คน พิการ วันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ -หนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๑๐.๖/ว๕๔๓๕ ลว. ๑๒ กันยายน ๒๕๖๒ เรื่อง ชักซ้อมแนวทางการปฏิบัติตามระเบียบ กระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การ จ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่๔) พ.ศ.๒๕๖๒และระเบียบ กระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การ จ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์การ ปกครองส่วนท้องถิ่น(ฉบับที่ ๔) พ.ศ.๒๕๖๒	คนพิการได้รับเบี้ยยังชีพเป็น ประจำ ทุกเดือน การโอนเข้าบัญชี โดยกรมบัญชีกลาง	คนพิการที่มีสิทธิได้รับ เงินครบถ้วน ถูกต้อง

๓) กระบวนการจ่ายเงินเบี้ยผู้ป่วยเอ็ดส์

ผู้เกี่ยวข้องของ		ความต้องการ
ผู้รับบริการ -ผู้ป่วยเอ็ดส์		ได้รับเงินเบี้ยยังชีพแบบอัตราเดียวตามสิทธิที่พึงได้รับ ทุกเดือน
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย -ผู้ดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์ -ผู้รับมอบอำนาจรับเงิน		ได้รับเงินเบี้ยยังชีพแบบอัตราเดียวตามสิทธิที่พึงได้รับ ทุกเดือน
ข้อกำหนดด้านกฎหมาย	ประสิทธิภาพของกระบวนการ	ความคุ้มค่า
ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่า ด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อ การยังชีพขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘	ผู้ป่วยเอ็ดส์ ได้รับเบี้ยยังชีพเป็น ประจำทุกเดือน การโอนเข้าบัญชี โดยองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น	ผู้ป่วยเอ็ดส์ที่มีสิทธิได้รับเงิน

๑.๕ ประโยชน์ของการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน

ประโยชน์ของคู่มือการปฏิบัติงานที่มีต่อองค์กรและผู้บังคับบัญชา

๑. การกำหนดจุดสำเร็จและการตรวจสอบผลงานและความสำเร็จของหน่วยงาน
๒. เป็นข้อมูลในการประเมินค่างานและจัดชั้นตำแหน่งงาน
๓. เป็นคู่มือในการสอนงาน
๔. การกำหนดหน้าที่การงานชัดเจนไม่ซ้ำซ้อน
๕. การควบคุมงานและการติดตามผลการปฏิบัติงาน
๖. เป็นคู่มือในการประเมินผลการปฏิบัติงาน
๗. การวิเคราะห์งานและปรับปรุงงาน
๘. ให้ผู้ปฏิบัติงานศึกษางานและสามารถทำงานทดแทนกันได้
๙. การงานแผนการทำงาน และวางแผนกำลังคน
๑๐. ผู้บังคับบัญชาได้ทราบขั้นตอนและสายงานทำให้บริหารงานได้ง่ายขึ้น
๑๑. สามารถแยกแยะลำดับความสำคัญของงาน เพื่อกำหนดระยะเวลาทำงานได้
๑๒. สามารถกำหนดคุณสมบัติของพนักงานใหม่ที่จะรับได้ง่ายขึ้นและตรงมากขึ้น
๑๓. ทำให้บริษัทสามารถปรับปรุงระเบียบแบบแผนการทำงานให้เหมาะสมยิ่งขึ้นได้
๑๔. ยุติความขัดแย้งและเสริมสร้างความสัมพันธ์ในการประสานระหว่างหน่วยงาน
๑๕. สามารถกำหนดงบประมาณและทิศทางการทำงานของหน่วยงานได้
๑๖. เป็นข้อมูลในการสร้างฐานข้อมูลของบริษัทต่อไปได้
๑๗. การศึกษาและเตรียมการในการขยายงานต่อไปได้
๑๘. การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายกับผลงานและปริมาณกำลังคนของหน่วยงานได้
๑๙. ผู้บังคับบัญชาบริหารงานได้สะดวก และรวดเร็วขึ้น
๒๐. เกิดระบบการบริหารงานโดยส่วนร่วมสำหรับผู้บังคับบัญชาคนใหม่ในการร่วมกันเขียนคู่มือ

ประโยชน์ของคู่มือการปฏิบัติงานที่มีต่อผู้ปฏิบัติงาน

๑. ได้รับทราบภาระหน้าที่ของตนเองชัดเจนยิ่งขึ้น
๒. ได้เรียนรู้งานเร็วขึ้นทั้งตอนที่เข้ามาทำงานใหม่/หรือตอนที่ย้ายงานใหม่
๓. ได้ทราบความคาดหวัง (Expectation) ของผู้บังคับบัญชาที่มีต่อตนเองชัดเจน
๔. ได้รับรู้ว่าผู้บังคับบัญชาจะใช้อะไรมาเป็นตัวประเมินผลการปฏิบัติงาน
๕. ได้เข้าใจระบบงานไปในทิศทางเดียวกันทั้งหน่วยงาน
๖. สามารถช่วยเหลืองานซึ่งกันและกันได้
๗. เข้าใจหัวหน้างานมากขึ้น ทำงานด้วยความสบายใจ
๘. ไม่เกียจงานกัน รู้หน้าที่ของกันและกันทำให้เกิดความเข้าใจที่ดีต่อกัน
๙. ไม่ทราบจุดบกพร่องของงานแต่ละขั้นตอนเพื่อนำมาปรับปรุงงานได้
๑๐. ได้เรียนรู้งานของหน่วยงานได้ทั้งหมด ทำให้สามารถพัฒนางานของตนเองได้
๑๑. มีขั้นตอนในการทำงานที่แน่นอน ทำให้การทำงานได้ง่ายขึ้น
๑๒. รู้จักวางแผนการทำงานเพื่อให้ผลงานออกมาตามเป้าหมาย
๑๓. สามารถใช้เป็นแนวทางเพื่อการวิเคราะห์งานให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา
๑๔. สามารถแบ่งเวลาให้กับงานต่างๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
๑๕. รู้ขอบเขตสายการบังคับบัญชาทำงานให้การประสานงานง่ายขึ้น
๑๖. ได้เห็นภาพรวมของหน่วยงานต่างๆ ในฝ่ายงานเดียวกันเข้าใจงานมากขึ้น
๑๗. สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพราะมีสิ่งที่อ้างอิง
๑๘. ได้รับรู้ว่าตนเองต้องมีการพัฒนาอะไรบ้างเพื่อให้ได้ตามคุณสมบัติที่ต้องการ
๑๙. ได้เรียนรู้และรับทราบว่าเพื่อนร่วมงานทำอะไร เข้าใจกันและกันมากขึ้น
๒๐. ได้รับรู้ว่างานที่ตนเองทำอยู่นั้นสำคัญต่อหน่วยงานอย่างไร เกิดความภูมิใจ

๑.๖ บทบาทอำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล

จากบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. ๒๕๓๗ แก้ไขเพิ่มเติมถึงฉบับที่ ๖ พ.ศ. ๒๕๕๒ ส่วนที่ ๓ เรื่อง อำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล มาตรา ๖๖ องค์การบริหารส่วนตำบลมีหน้าที่ในการพัฒนาตำบล ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม และมาตรา ๖๗ ภายใต้อำนาจแห่งกฎหมาย องค์การบริหารส่วนตำบล มีหน้าที่ต้องทำในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล

๑. จัดให้มี และบำรุงรักษาทางน้ำและทางบก
๒. รักษาความสะอาดของถนน ทางน้ำ ทางเดิน และที่สาธารณะ รวมทั้งการจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล
๓. ป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อ
๔. ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
๕. ส่งเสริมการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม
๖. ส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และ ผู้พิการ
๗. คุ้มครอง ดูแล และ บำรุงรักษา ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
๘. บำรุงรักษาศิลปะ จารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่นและวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่น
๙. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ราชการมอบหมาย โดยจัดสรรงบประมาณ หรือบุคลากรให้ตามความจำเป็นและ

สมควร

๑.๗ กำหนดงานพัฒนาชุมชน มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับ

- งานจัดทำแผนงานด้านสวัสดิการสังคม
- งานพัฒนาระบบ รูปแบบ มาตรการ และวิธีพัฒนาสังคม
- งานพัฒนาชุมชน
- งานสำรวจและจัดตั้งคณะกรรมการชุมชน
- งานจัดระเบียบชุมชน
- งานฝึกอบรมและเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาชุมชน
- งานส่งเสริมและพัฒนาอาชีพ
- งานด้านการจัดสวัสดิการสังคมและการสังคมสงเคราะห์ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของ

ประชาชน

- งานส่งเสริมสนับสนุนการจัดสวัสดิการสังคมแก่เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และ ผู้ด้อยโอกาส
- งานเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตในครอบครัว
- งานจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์
- งานพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส
- งานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

บทที่ ๒

วิธีการและขั้นตอนการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักตามคู่มือประชาชน

งานที่ให้บริการ	การยืนยันสิทธิการขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่

ขอบเขตการให้บริการ	
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาที่เปิดให้บริการ
งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด โทร. ๐-๔๕๔๒-๙๕๐๘	เดือนมกราคม – เดือนพฤศจิกายนของทุกปี (เว้นเดือนธันวาคม) วันจันทร์ – วันศุกร์ เว้นวันหยุดราชการ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ บริการไม่หยุดพักเที่ยง

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยืนยันสิทธิการขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
<p>ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์ การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ กำหนดให้ผู้สูงอายุมายืนยันสิทธิการขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้ตั้งแต่เดือนมกราคม – เดือนพฤศจิกายนของทุกปี (ห้วงระยะเวลาที่ ๑ เดือนตุลาคม – เดือนพฤศจิกายน และห้วงระยะเวลาที่ ๒ เดือนมกราคม – เดือนกันยายน) ให้ผู้ที่จะมีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปในปีงบประมาณถัดไป และมีคุณสมบัติครบถ้วนตามข้อ ๖ หรือผู้ที่ย้ายทะเบียนบ้านมาอยู่ใหม่ภายในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่ ให้มายืนยันสิทธิการขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมากระทำการแทนได้ในกรณีที่จำเป็น ณ องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่ ตามวัน เวลา และสถานที่ ที่ทางองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่กำหนด เพื่อรับเบี้ยผู้สูงอายุในปีงบประมาณถัดไป</p> <p>๑.คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีสัญชาติไทย ๒. มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่ ๓. มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้ยืนยันสิทธิขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๔. เป็นผู้มิได้มีรายได้น้อยหรือมีรายได้น้อยเพียงพอแก่การยังชีพ ตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุกำหนด (ในระหว่างที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุยังมิได้มีการกำหนดคุณสมบัติของผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามข้อ ๖ (๔) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใช้คุณสมบัติผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามระเบียบตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์ การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ และแก้ไขเพิ่มเติมไปพลางก่อน) <p>ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยวิธีใดหนึ่ง ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ๒. โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ
เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้
<p>๑. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย (ยังไม่หมดอายุ) พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ</p> <p>๒. ทะเบียนบ้านฉบับจริง พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ</p> <p>๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ</p> <p>** ในกรณีที่มีความจำเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาขึ้นทะเบียนได้ด้วยตนเองสามารถมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนแทนได้ โดยมีเอกสารประกอบเพิ่มเติม ดังนี้</p> <p>๑. หนังสือมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ</p> <p>๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ</p> <p>๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ</p>

ขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการ		
ขั้นตอน	ระยะเวลา	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑. ผู้สูงอายุมายืนยันสิทธิเพื่อขอรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุพร้อมกรอกข้อมูลต่อเจ้าหน้าที่พร้อมเอกสารหลักฐาน	๕ นาที	งานพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ นายจรัส ทองลือ นางสาวจตุพร บุญไพโรจน์ นางสาวพลอยฉัตรชนก แสนทวีสุข นางสาวเบญจรัตน์ นาโสภ
๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องและตรวจสอบคุณสมบัติสัมภาษณ์/บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม	๕ นาที	งานพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ นายจรัส ทองลือ นางสาวจตุพร บุญไพโรจน์
๓. รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติเสนอผู้บริหารเพื่อจัดทำประกาศรายชื่อ	ภายในระยะเวลาที่กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นกำหนด	งานพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ นายจรัส ทองลือ นางสาวจตุพร บุญไพโรจน์
๒. เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลลงในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	๕ นาที	งานพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ นายจรัส ทองลือ นางสาวจตุพร บุญไพโรจน์
๔. กรมบัญชีกลางดึงข้อมูลในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อประมวลผลการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	ทุกวันทำการสิ้นเดือนของทุกเดือน	กรมบัญชีกลาง
๕. กรมบัญชีกลางดำเนินการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้สูงอายุหรือผู้รับมอบอำนาจ)	ทุกวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน (หากตรงวันหยุดจะจ่ายในวันทำการก่อนวันที่ ๑๐)	กรมบัญชีกลาง

ระยะเวลา

ไม่เกิน ๑๕ นาที/ราย ในการยืนยันสิทธิการขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ช่องทางการติดต่อสอบถามข้อมูล

หมายเลขโทรศัพท์ ๐๔ ๕๔๒๙ ๕๐๘, ๐๙ ๔๒๘๖ ๑๙๙๑

เว็บไซต์ <https://phoyai-ubon.go.th/>

เฟซบุ๊ก <https://www.facebook.com/phoyaiubon>

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยืนยันสิทธิแทน

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

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อนามสกุล.....
 เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียน
 บ้านเลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ ซอยถนน.....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 และขอ
 รับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

“ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และ
 ยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

ผู้ยืนยันสิทธิ/ผู้รับมอบอำนาจยืนยันสิทธิ

เจ้าหน้าที่ผู้รับยืนยันสิทธิ

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/</p> <p>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"/><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</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติยืนยันสิทธิครบถ้วน</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่รอตรวจสอบคุณสมบัติ ณ วันที่มีสิทธิได้รับเงิน เบี้ยยังชีพ</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก</p> <p>(ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับยืนยันสิทธิ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับยืนยันสิทธิ</p> <p>(ลงชื่อ)ประธานฯ (.....)</p> <p>(ลงชื่อ)กรรมการ (.....)</p> <p>(ลงชื่อ)กรรมการ (.....)</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับยืนยันสิทธิ <input type="checkbox"/> ไม่รับยืนยันสิทธิ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....</p> <p>(ลงชื่อ) (.....)</p> <p>ตำแหน่ง วัน/เดือน/ปี</p>	

ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บเพื่อเป็นหลักฐานการยืนยันสิทธิ

ยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

ชื่อ-สกุลผู้สูงอายุที่ยืนยันสิทธิ.....

การยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
ตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการยืนยันสิทธิ ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน โดยได้รับตั้งแต่เดือน
พ.ศ. เป็นต้นไป

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับยืนยันสิทธิ

หนังสือมอบอำนาจยืนยันสิทธิการขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

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

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

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

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

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

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

มีความสัมพันธ์กับผู้มอบอำนาจ.....

เป็นผู้มีอำนาจ **ยืนยันสิทธิการขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ** แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้ เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ/ผู้สูงอายุ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณวันออกบัตร.....
วันหมดอายุ.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณวันออกบัตร.....
วันหมดอายุ.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....
มีความสัมพันธ์กับผู้มอบอำนาจ.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน.....แทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะที่มีชีวิต
อยู่หรือเสียชีวิตแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ เอกสารประกอบหนังสือมอบอำนาจ

๑. สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ
๒. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ
๓. สำเนาบัญชีธนาคาร(กรณีโอนเข้าธนาคาร)

งานที่ให้บริการ	การลงทะเบียนและยื่นคำร้องรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่

ขอบเขตการให้บริการ	
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาที่เปิดให้บริการ
งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด โทร. ๐-๔๕๔๒-๙๕๐๘	วันจันทร์ – วันศุกร์ เว้นวันหยุดราชการ ตลอดทั้งปีงบประมาณ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ บริการไม่หยุดพักเที่ยง

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการลงทะเบียนและยื่นคำร้องรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ
<p>ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ ๔ พ.ศ.๒๕๖๒ กำหนดให้คนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ หรือคนพิการที่ย้ายทะเบียนบ้านมาอยู่ใหม่ภายในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่ ให้มาลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมากระทำการแทน ณ องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่ เพื่อรับเบี้ยความพิการในเดือนถัดไปนับจากวันลงทะเบียน</p> <p>ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีสัญชาติไทย ๒. มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่ ๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ซึ่งต้องได้ลงทะเบียนและยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการต่อองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่ ๔. ไม่เป็นบุคคลที่อยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ <p>ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ คนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการโดยวิธีใดหนึ่ง ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ๒. โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ
เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้
<ol style="list-style-type: none"> ๑. บัตรประจำตัวคนพิการ (ไม่หมดอายุ) พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ ๒. ทะเบียนบ้านฉบับจริง พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ ๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ (กรณีแจ้งความประสงค์ขอรับเงินผ่านบัญชีธนาคาร) <p>** ในกรณีที่มีความจำเป็นคนพิการที่ไม่สามารถมาขึ้นทะเบียนได้ด้วยตนเองสามารถมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้พิทักษ์/ผู้อนุบาล เป็นผู้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนแทนได้ โดยมีเอกสารประกอบเพิ่มเติม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. หนังสือมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ ๒. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้มอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ ๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ

ขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการ		
ขั้นตอน	ระยะเวลา	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑. คนพิการมาแสดงตนต่อเจ้าหน้าที่เพื่อยื่นคำขอขึ้นทะเบียนพร้อมเอกสารหลักฐาน	๕ นาที	งานพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ นายจรัส ทองลือ นางสาวจตุพร บุญไพโรจน์ นางสาวพลอยฉัตรชนก แสนทวีสุข นางสาวเบญจรัตน์ นาโสก
๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องและตรวจสอบคุณสมบัติสัมภาระ/บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม	๕ นาที	งานพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ นายจรัส ทองลือ นางสาวจตุพร บุญไพโรจน์
๓. รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติเสนอผู้บริหารเพื่อจัดทำประกาศรายชื่อ	ภายในระยะเวลาที่กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นกำหนด	งานพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ นายจรัส ทองลือ นางสาวจตุพร บุญไพโรจน์
๒. เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลลงในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	๕ นาที	งานพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ นายจรัส ทองลือ นางสาวจตุพร บุญไพโรจน์
๔. กรมบัญชีกลางดึงข้อมูลในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อประมวลผลการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	ทุกวันทำการสิ้นเดือนของทุกเดือน	กรมบัญชีกลาง
๕. กรมบัญชีกลางดำเนินการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้สูงอายุหรือผู้รับมอบอำนาจ)	ทุกวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน (หากตรงวันหยุดจะจ่ายในวันทำการก่อนวันที่ ๑๐)	กรมบัญชีกลาง

ระยะเวลา
ไม่เกิน ๑๕ นาที/ราย ในการรับคำขอขึ้นทะเบียน

ช่องทางการติดต่อสอบถามข้อมูล
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๔ ๕๔๒๙ ๕๐๘, ๐๙ ๔๒๘๖ ๑๙๙๑ เว็บไซต์ https://phoyai-ubon.go.th/ เฟซบุ๊ก https://www.facebook.com/phoyaiubon

ทะเบียนเลขที่.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา - มารดา บุตร สามี - ภรรยา พี่ - น้อง ผู้ดูแลคนพิการ อื่นๆ
ชื่อ - นามสกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบ
---- ที่อยู่.....
..... โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่นๆ (ระบุ).....

ชื่อ..... นามสกุล.....

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

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ

จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ ๓๔๑๙๐ โทรศัพท์.....

หมายเลขประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ ----

- ประเภทความพิการ ความพิการทางการมองเห็น ความพิการทางสติปัญญา
 ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้
 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย ความพิการทางออทิสติก
 ความพิการทางจิตใจหรือทางพฤติกรรม พิการซ้ำซ้อน

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ (ระบุ).....

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ

- ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอายุใหม่ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 ได้รับเงินเบี้ยผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อื่นๆ (ระบุ).....
 มีอาชีพ (ระบุ)..... รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....(บาท)

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

- รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
 ธนาคาร..... สาขา..... เลขที่บัญชี.....

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน
 สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการมีความประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ(ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่เป็นบุคคลที่อยู่ในอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการหากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

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

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว /.....</p> <p>.....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่</p> <p>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)</p> <p>(.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p>(ลงชื่อ)</p> <p>(.....)</p> <p>ตำแหน่ง</p> <p>วัน/เดือน/ปี.....</p>	

(ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

ทะเบียนเลขที่..... /.....

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยจะได้รับเงิน
เบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือน..... พ.ศ..... ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน
กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์รปกครองส่วนท้องถิ่น
แห่งใหม่ภายในเดือนโดยทันที ทั้งนี้เพื่อการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

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

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

มีความสัมพันธ์กับผู้มอบอำนาจ.....

เป็นผู้มีอำนาจ **ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ** แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้ เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ/คนพิการ/ผู้ดูแล
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณวันออกบัตร.....
วันหมดอายุ.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณวันออกบัตร.....
วันหมดอายุ.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....
มีความสัมพันธ์กับผู้มอบอำนาจ.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน.....แทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะมีชีวิต
อยู่หรือเสียชีวิตแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ เอกสารประกอบหนังสือมอบอำนาจ

๑. สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ
๒. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ
๓. สำเนาบัญชีธนาคาร (กรณีโอนเข้าธนาคาร)

งานที่ให้บริการ	การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่

ขอบเขตการให้บริการ	
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาที่เปิดให้บริการ
งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด โทร. ๐-๔๕๔๒-๙๕๐๘	วันจันทร์ – วันศุกร์ เว้นวันหยุดราชการ ตลอดทั้งปีงบประมาณ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ บริการไม่หยุดพักเที่ยง

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ
<p>ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ ยื่นคำขอต่อบุคลากรท้องถิ่นที่ตนเองมีภูมิลำเนาอยู่ ในกรณีที่ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้สามารถมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้ ณ องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่</p> <p>ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีสัญชาติไทย ๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่ ๓. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว ๔. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ <p>ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่าหรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ ให้ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบ ต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่</p>

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ
เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้
<ol style="list-style-type: none"> ๑. ทะเบียนบ้านฉบับจริง พร้อมสำเนาจำนวน ๑ ฉบับ ๒. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุว่าเป็นผู้ป่วย “เอดส์” ๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนาจำนวน ๑ ฉบับ (กรณีแจ้งความประสงค์ขอรับเงินผ่านบัญชีธนาคาร) <p>** ในกรณีที่มีความจำเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่สามารถมาขึ้นทะเบียนได้ด้วยตนเองสามารถมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนแทนได้ โดยมีเอกสารประกอบเพิ่มเติม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. หนังสือมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ

ขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการ		
ขั้นตอน	ระยะเวลา	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑. ผู้ป่วยเอดส์มาแสดงตนต่อเจ้าหน้าที่เพื่อยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์พร้อมเอกสารหลักฐาน	๕ นาที	งานพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ นายจรัส ทองลือ นางสาวจตุพร บุญไพโรจน์
๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องและตรวจสอบคุณสมบัติสัมภาระ/บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม	๕ นาที	งานพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ นายจรัส ทองลือ นางสาวจตุพร บุญไพโรจน์
๓. เจ้าหน้าที่ลงพื้นที่เพื่อตรวจสอบความเป็นอยู่ของผู้ป่วยเอดส์ว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ พิจารณาจากความเดือดร้อน เป็นผู้มีปัญหาซ้ำซ้อน เป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ	๓ วัน	งานพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ นายจรัส ทองลือ นางสาวจตุพร บุญไพโรจน์
๔. จัดทำบัญชีรายชื่อผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์และผ่านการตรวจสอบคุณสมบัติเสนอต่อผู้บริหารท้องถิ่นอนุมัติให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ตามระเบียบฯ ต่อไป	๒ วัน	งานพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ นายจรัส ทองลือ นางสาวจตุพร บุญไพโรจน์
๕. เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลลงในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	๕ นาที	งานพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ นายจรัส ทองลือ นางสาวจตุพร บุญไพโรจน์
๖. ดำเนินการจ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ (โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ป่วยเอดส์หรือผู้รับมอบอำนาจ)	ทุกวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน (หากตรงวันหยุดจะจ่ายในวันทำการก่อนวันที่ ๑๐)	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด กองคลัง อบต.โพธิ์ใหญ่

ระยะเวลา
ไม่เกิน ๑๕ นาที/ราย ในการรับคำขอลงทะเบียนและไม่เกิน ๕ วันทำการในการพิจารณาอนุมัติ

ช่องทางการติดต่อสอบถามข้อมูล
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๔ ๕๔๒๙ ๕๐๘, ๐๙ ๔๒๘๖ ๑๙๙๑
เว็บไซต์ https://phoyai-ubon.go.th/
เฟซบุ๊ก https://www.facebook.com/phoyaiubon

ลับ

ใช้ปิดทับข้อมูลข่าวสารลับ

ลับ



ใบคำร้องทั่วไป

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่
วันที่.....

เรื่อง ขอลงทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆอายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
โทร.....

ขอยื่นคำร้องต่อนายองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่ เพื่อแสดงความประสงค์ ขอรับเงินสงเคราะห์
ผู้ป่วยเอดส์ พร้อมแนบเอกสารประกอบ ดังนี้

๑.
๒.
๓.
๔.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ทะเบียนเลขที่/.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆเลขประจำตัวประชาชน
.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียน
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....

ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม
ดังนี้

1. ที่พักอาศัย

() เป็นของตนเองและมีลักษณะ () ชำรุดโทรมมาก () ชำรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวรดี

() เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้ () สะดวก

() ลำบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้ () สะดวก () ลำบาก
เนื่องจาก.....

3. การพักอาศัย

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

() พักอาศัยกับ.....รวม.....คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน
มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

4. รายได้ - รายจ่าย

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

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....สถานที่ติดต่อบ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องกับ.....

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

มีความสัมพันธ์กับผู้มอบอำนาจ.....

เป็นผู้มีอำนาจ **ยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์** แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้ เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ/ผู้สูงอายุ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณวันออกบัตร.....
วันหมดอายุ.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณวันออกบัตร.....
วันหมดอายุ.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....
มีความสัมพันธ์กับผู้มอบอำนาจ.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน.....แทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะที่ชีวิต
อยู่หรือเสียชีวิตแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ เอกสารประกอบหนังสือมอบอำนาจ

๑. สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ
๒. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ
๓. สำเนาบัญชีธนาคาร(กรณีโอนเข้าธนาคาร)

คำชี้แจง

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ให้ผู้ที่มีมายืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ สามารถตรวจสอบรายชื่อตามประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่ (ติดประกาศภายในวันที่ ๕ ของทุกเดือน) และก่อนการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในต้นปีงบประมาณ จะจัดทำประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ รายชื่อ ผู้ขาดคุณสมบัติ

การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่ จะดำเนินการเบิก - จ่ายเงินให้กับผู้สูงอายุที่มีมายืนยันสิทธิไว้แล้ว โดยจะเริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคมปีถัดไป โดยโอนเข้าบัญชีธนาคาร ตามที่ผู้สูงอายุได้แจ้งความประสงค์ไว้ ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน

การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับในปัจจุบัน การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ คิดในอัตราเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดแบบ “ขั้นบันได” หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วงๆ หรือเป็นขั้นขึ้นไปเรื่อยๆ โดยเริ่ม ตั้งแต่อายุ ๖๐ ปี โดยคำนวณตามปีปฏิทิน และมีการเพิ่มของอายุระหว่างปี

ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือนสำหรับผู้สูงอายุ (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

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ

ให้ผู้ที่ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพความพิการ สามารถตรวจสอบรายชื่อตามประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่ (ติดประกาศภายในวันที่ ๕ ของทุกเดือน) และก่อนการจ่ายเบี้ยยังชีพความพิการในต้นปีงบประมาณ จะจัดทำประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ รายชื่อ ผู้ขาดคุณสมบัติ

การจ่ายเบี้ยยังชีพความพิการ

องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่ จะดำเนินการเบิก - จ่ายเงินให้กับคนพิการที่มาขึ้นทะเบียนไว้แล้ว โดยจะเริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคมปีถัดไป โดยโอนเข้าบัญชีธนาคาร ตามที่คนพิการได้แจ้งความประสงค์ไว้ ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน

การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบช่วงอายุ สำหรับคนพิการ

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่คนพิการจะได้รับในปัจจุบัน (เริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ เป็นต้นไป) โดยการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่คนพิการ คิดในอัตราเบี้ยยังชีพ ๒ ช่วงอายุ

ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือนสำหรับคนพิการ(แบบช่วงอายุ)

ชั้น	ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนเงิน (บาท)
ชั้นที่ ๑	๑ เดือน - ๑๘ ปี	๑,๐๐๐
ชั้นที่ ๒	๑๘ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป	๘๐๐

การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ



๑. ตาย
๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขต องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่
๓. แจ้งและสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
๔. ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖

หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และคนพิการ

๑. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง
๒. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพหรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเป็นโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร ต้องตรวจสอบเลขที่บัญชีและให้มีเงินคงเหลือหรือมีการเคลื่อนไหวรายการบัญชีอย่างต่อเนื่อง
๓. เมื่อย้ายภูมิลำเนาจากองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่ไปอยู่ภูมิลำเนาอื่น ต้องแจ้งข้อมูลเพื่อให้องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่ได้รับทราบและต้องไปขึ้นทะเบียน ณ องค์รปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ทันที
๔. กรณีเสียชีวิต ให้ผู้ดูแลหรือญาติของผู้สูงอายุหรือคนพิการของผู้รับเงินเบี้ยยังชีพแจ้งการเสียชีวิตให้องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่ได้รับทราบ (พร้อมสำเนามรณบัตร) ภายใน ๗ วัน

ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

1. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดย สถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
2. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่
3. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้งหรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้
4. การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่ โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่นดังนี้
 - 4.1 ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
 - 4.2 บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
 - 4.3 ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
 - 4.4 สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (พร้อมสำเนา)
5. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้
6. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการหรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด
7. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้วแล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ จากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนาเท่านั้น
8. กรณีคนพิการ/ผู้สูงอายุ ที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้องแจ้งให้งานพัฒนาชุมชนทราบภายใน ๗ วัน

ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่าป่วยเป็น **โรคเอดส์ /AIDs เท่านั้น** หากระบุว่าป่วยเป็น HIV หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง จะไม่เข้าหลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์

บทที่ ๓

วิธีการและขั้นตอนการปฏิบัติงานตามภารกิจอื่นที่ได้รับมอบหมาย

❖ ภารกิจงาน : โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

ภารกิจงานเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด เป็นภารกิจงานของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการเด็กและเยาวชน ซึ่งได้ขอความร่วมมือให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานรับลงทะเบียน จัดทำประกาศรายชื่อ บันทึกข้อมูลอย่างย่อ และจัดส่งเอกสารให้แก่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

หลักเกณฑ์

๑. คุณสมบัติเด็กแรกเกิดที่มีสิทธิ

- ๑) มีสัญชาติไทย (พ่อแม่มีสัญชาติไทย หรือพ่อ หรือแม่มีสัญชาติไทย)
- ๒) เด็กที่มีอายุไม่เกิน ๖ ปี
- ๓) อาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย
- ๔) ไม่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของหน่วยงานของรัฐ หรือเอกชน

๒. คุณสมบัติผู้ปกครองที่มีสิทธิลงทะเบียน

- ๑) มีสัญชาติไทย
- ๒) เป็นบิดา มารดา หรือบุคคลอื่นที่เป็นผู้เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
- ๓) เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วย
- ๔) อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย หรือครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาทต่อคน ต่อปี โดยสมาชิกต้องมีความสัมพันธ์ทางเครือญาติหรือการสมรส หรืออยู่กินด้วยกันฉันสามีภริยา หรือด้วยเหตุอื่นตามกฎหมาย และสมาชิกต้องอาศัยอยู่จริงในครัวเรือนติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า ๑๘๐ วัน ในรอบปีที่ผ่านมา แต่ไม่นับรวมลูกจ้างครัวเรือน

๓. กรณีผู้ปกครองไม่มีสัญชาติไทย แต่เด็กมีสัญชาติไทย

- ๑) เป็นบุคคลที่เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
- ๒) เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วย
- ๓) อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย หรือครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาทต่อคน ต่อปี โดยสมาชิกต้องมีความสัมพันธ์ทางเครือญาติหรือการสมรส หรืออยู่กินด้วยกันฉันสามีภริยา หรือด้วยเหตุอื่น ตามกฎหมาย และสมาชิกต้องอาศัยอยู่จริงในครัวเรือนติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า ๑๘๐ วันในรอบปีที่ผ่านมา แต่ไม่นับรวมลูกจ้างครัวเรือน

๔) ผู้ปกครองและเด็กอาศัยอยู่ในราชอาณาจักรไทย

ทั้งนี้มารดาที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ยังไม่ต้องมายื่นคำร้องขอลงทะเบียน ขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

การลงทะเบียนขอรับสิทธิ

๑. ลงทะเบียน ณ หน่วยรับลงทะเบียน

ผู้ปกครองของเด็กแรกเกิดที่มีสิทธิขอรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ในท้องถิ่นที่เด็กแรกเกิดและผู้ปกครองอาศัยอยู่จริง ดังนี้

- กรุงเทพมหานคร : ลงทะเบียนที่สำนักงานเขต
- เมืองพัทยา : ลงทะเบียนที่ศาลาว่าการเมืองพัทยา
- ส่วนภูมิภาค : ลงทะเบียนที่องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล

๑.๑ เอกสารประกอบการลงทะเบียน ประกอบด้วย

๑. แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.๐๑)
๒. แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒)
๓. สูติบัตรเด็กแรกเกิด
๔. บัตรประจำตัวประชาชนแบบอนุกรมประสงค์ (Smart Card) ของผู้ปกครอง
๕. กรณีที่ผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนและสมาชิกในครัวเรือนของผู้ยื่นคำร้องลงทะเบียนเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท ต้องมีเอกสารใบรับรองเงินเดือน หรือหนังสือรับรองรายได้ของทุกคนที่มีรายได้ประจำ (สลิปเงินเดือนหรือเอกสารหลักฐานที่นายจ้างลงนาม)
๖. เอกสาร หรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรองคนที่ ๑ และผู้รับรองคนที่ ๒

๑.๒ หน่วยรับลงทะเบียน ดำเนินการดังนี้

๑. นำเข้าข้อมูลในระบบฐานข้อมูลโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ผ่านเครื่องอ่านบัตรประจำตัวประชาชน (Smart Card Reader)
๒. ออกเอกสารการรับลงทะเบียน (ในท้ายแบบ ดร.๐๑) และแจ้งช่องทางการติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม ให้กับผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียน
๓. สแกนเอกสารประกอบการลงทะเบียนและแนบไฟล์เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ในระบบฐานข้อมูลโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
๔. จัดทำประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลตบะพง เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ประจำเดือน..... ครั้งที่..... (แบบ ดร ๐๔.) ปิดประกาศในที่เปิดเผยเป็นเวลา ๑๕ วัน หากติดประกาศภายใน ๑๕ วันไม่มีผู้คัดค้านให้ถือว่าผู้มีรายชื่อตามบัญชีแนบท้ายประกาศ เป็นผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
๕. นำส่งเอกสารการยื่นคำร้องขอลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดฉบับจริง ให้แก่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

๒. ลงทะเบียนผ่านแอปพลิเคชัน “เงินเด็ก”

ผู้ปกครองยื่นคำร้องขอลงทะเบียนผ่านแอปพลิเคชัน “เงินเด็ก” ดำเนินการดาวน์โหลด แอปพลิเคชัน D.DOPA และ แอปพลิเคชัน “เงินเด็ก” สามารถดาวน์โหลด ได้จากระบบ IOS (App Store) และระบบ Android (Play Store) ทั้งนี้ผู้ปกครองจะต้องพิสูจน์ตัวตนในครั้งแรก ณ ที่ว่าการอำเภอ หรือสำนักงานเขต จากนั้นให้ยืนยันตัวตนผ่านแอปพลิเคชัน D.DOPA ของกรมการปกครอง ก่อนดำเนินการลงทะเบียนขอรับสิทธิ เงินอุดหนุน เพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดผ่านแอปพลิเคชัน “เงินเด็ก”

๑. เอกสารประกอบการลงทะเบียน ประกอบด้วย

- ๑.๑) หลักฐานในการรับรองสถานะของครัวเรือน พร้อมภาพถ่ายบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรองคนที่ ๑ และและผู้รับรองคนที่ ๒
- ๑.๒) กรณีที่ผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนและสมาชิกในครัวเรือนของผู้ยื่นคำร้องลงทะเบียนเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท ต้องมีเอกสารใบรับรองเงินเดือน หรือหนังสือรับรอง รายได้ของทุกคนที่มีรายได้ประจำ (สลิปเงินเดือน หรือเอกสารหลักฐานที่นายจ้างลงนาม) โดยผู้ยื่นคำร้องขอ ลงทะเบียนรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดต้องแนบเอกสารในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์

๒. หน่วยรับลงทะเบียน ดำเนินการดังนี้

- ๒.๑) ตรวจสอบเอกสารประกอบการลงทะเบียนตามไฟล์ที่แนบมาในระบบฐานข้อมูลโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ได้แก่ ไฟล์หลักฐานของผู้รับรองคนที่ ๑ และคนที่ ๒ รวมถึงไฟล์เอกสารใบรับรองเงินเดือนหรือหนังสือรับรองรายได้ (ถ้ามี)

๒.๒) กรณีไฟล์เอกสารประกอบการลงทะเบียนไม่ถูกต้อง ให้ดำเนินการปฏิเสธข้อมูลในระบบฐานข้อมูลโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด เพื่อให้ผู้ลงทะเบียนขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดดำเนินการแก้ไขเอกสารประกอบการลงทะเบียนให้ถูกต้องครบถ้วน โดยผู้ยื่นคำร้องขอ ลงทะเบียนจะได้รับการแจ้งผ่านแอปพลิเคชัน “เงินเด็ก”

๒.๓) กรณีไฟล์เอกสารประกอบการลงทะเบียนถูกต้องครบถ้วน ให้ดำเนินการยืนยันข้อมูลในระบบฐานข้อมูลโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด โดยผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนจะได้รับการแจ้งผ่านแอปพลิเคชัน “เงินเด็ก”

๓. การลงทะเบียนของผู้ปกครองซึ่งไม่มีสัญชาติไทย

ผู้ปกครองที่ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย แต่เด็กแรกเกิดมีสัญชาติไทยสามารถยื่นคำร้องขอลงทะเบียนได้ที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หรือกรมกิจการเด็กและเยาวชน หรือสำนักงานพัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด แล้วแต่กรณี

๑. เอกสารประกอบการลงทะเบียน ประกอบด้วย

- ๑.๑) แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.๐๑)
- ๑.๒) แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒)
- ๑.๓) บัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทยหรือบัตรประจำตัวบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน
- ๑.๔) สูติบัตรเด็กแรกเกิด
- ๑.๕) กรณีที่ผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนและสมาชิกในครัวเรือนของผู้ยื่นคำร้อง ขอลงทะเบียน เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท ต้องมีเอกสารใบรับรองเงินเดือน หรือหนังสือรับรองรายได้ของทุกคนที่มีรายได้ประจำ (สลิปเงินเดือนหรือเอกสารหลักฐานที่นายจ้างลงนาม)
- ๑.๖) เอกสาร หรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใดของผู้รับรองคนที่ ๑ และผู้รับรองคนที่ ๒
- ๑.๗) สมุดบัญชีเงินฝากของผู้ปกครอง (บัญชีออมทรัพย์ธนาคารกรุงไทย บัญชีเงินฝากเพื่อเรียกธนาคารออมสิน หรือบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร ใดๆอย่างใดอย่าง หนึ่งเท่านั้น)

๒. หน่วยรับลงทะเบียน ดำเนินการดังนี้

๑. นำเข้าข้อมูลในระบบฐานข้อมูลโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ผ่านเครื่องอ่านบัตรประจำตัวประชาชน (Smart Card Reader)
๒. ออกเอกสารการรับลงทะเบียน (ในท้ายแบบ ดร.๐๑) และแจ้งช่องทางการติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม ให้กับผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียน
๓. สแกนเอกสารประกอบการลงทะเบียนและแนบไฟล์เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ในระบบฐานข้อมูลโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
๔. จัดทำประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลตบะพง เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ประจำเดือน..... ครั้งที่..... (แบบ ดร ๐๔.) ปิดประกาศในที่เปิดเผยเป็นเวลา ๑๕ วัน หากติดประกาศภายใน ๑๕ วันไม่มีผู้คัดค้านให้ถือว่าผู้มีรายชื่อตามบัญชีแนบท้ายประกาศ เป็นผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
๕. นำส่งเอกสารการยื่นคำร้องขอลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดฉบับจริง ให้แก่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

การเปลี่ยนแปลงสิทธิและการระงับสิทธิ

การยื่นคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิผู้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด สามารถดำเนินการได้ ๒ วิธี ดังนี้

(๑) ยื่นคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิ ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกสารตามข้อ พร้อมเอกสารหลักฐานเพิ่มเติม ดังต่อไปนี้

- ๑) แบบคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิผู้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
- ๒) แบบให้ความยินยอมเปลี่ยนแปลงสิทธิ (ถ้ามี)
- ๓) ใบมรณบัตร กรณีผู้ปกครองรายเดิมถึงแก่ความตาย

(๒) ยื่นคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิผ่านแอปพลิเคชันเงินเด็กและแนบเอกสารในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ตามข้อ

(๑) ๑) พร้อมเอกสารหลักฐานเพิ่มเติม ดังต่อไปนี้

- ๑) แบบให้ความยินยอมเปลี่ยนแปลงสิทธิ (ถ้ามี)

๒) ใบมรณบัตร กรณีผู้ปกครองรายเดิมถึงแก่ความตาย เมื่อองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นรับคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิและพิจารณาตรวจสอบเอกสารครบถ้วนแล้ว ให้จัดส่งข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องผ่านระบบฐานข้อมูลโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ให้กรมกิจการเด็กและเยาวชนหรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด แล้วแต่กรณี ภายใน ๑๕ วันนับตั้งแต่วันที่ได้รับคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิเพื่อพิจารณา ดำเนินการเปลี่ยนแปลงสิทธิต่อไป

การระงับสิทธิและสิ้นสุดสิทธิในการรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดของผู้ปกครอง กระทำได้ในกรณี ดังต่อไปนี้

- (๑) เด็กแรกเกิดอายุครบหกปี
- (๒) เด็กแรกเกิดถึงแก่ความตาย
- (๓) ผู้ปกครองยื่นคำขอสละสิทธิ โดยมีหลักฐานชัดเจน
- (๔) ขาดคุณสมบัติตามระเบียบ

กฎหมาย/ระเบียบที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบกรมกิจการเด็กและเยาวชน ว่าด้วยการจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด พ.ศ.๒๕๖๕

ช่องทางการติดต่อสอบถามข้อมูล

หมายเลขโทรศัพท์ ๐๔ ๕๔๒๙ ๕๐๘, ๐๙ ๔๒๘๖ ๑๙๙๑

เว็บไซต์ <https://phoyai-ubon.go.th/>

เฟซบุ๊ก <https://www.facebook.com/phoyaiubon>

เอกสารประกอบการลงทะเบียน

- สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ลงทะเบียน
- สำเนาบัตรประจำตำแหน่งผู้รับรองคนที่ 1
- สำเนาบัตรประจำตำแหน่งผู้รับรองคนที่ 2
- หนังสือรับรองเงินเดือน ของสมาชิกในครัวเรือน (ถ้ามี)



แบบคำร้องขอลงทะเบียน

เพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ปีงบประมาณ 2568

หน่วยงานรับลงทะเบียน.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้อมูลผู้ลงทะเบียน เป็นผู้ลงทะเบียนตามโครงการเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ1.1 บิดา มารดา ผู้ปกครอง ความสัมพันธ์กับเด็กแรกเกิด ระบุ.....1.2 เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว.....

1.3 เลขประจำตัวประชาชน

1.4 เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี

1.5 สัญชาติ.....

1.6 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....อาคาร/ตึก.....ชั้น.....เลขที่ห้อง.....หมู่บ้าน.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์บ้านโทรศัพท์มือถือ

1.7 ที่อยู่ปัจจุบัน ใช้ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....อาคาร/ตึก.....ชั้น.....เลขที่ห้อง.....หมู่บ้าน.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์บ้านโทรศัพท์มือถือ

1.8 อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ประกอบอาชีพ ระบุ.....1.9 การศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา กำลังศึกษา..... จบการศึกษา (สูงสุด).....

2. ข้อมูลเด็ก (ตามสูติบัตร)

2.1 ชื่อ - นามสกุล เด็กชาย เด็กหญิง

2.2 เลขประจำตัวประชาชน

2.3 เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อมูลมารดา2.4 เด็กหญิง นาง นางสาว.....

2.5 เลขประจำตัวประชาชน

2.6 อายุ.....ปี 2.7 สัญชาติ.....

ข้อมูลบิดา ไม่ปรากฏบิดา2.10 เด็กชาย นาย.....

2.11 เลขประจำตัวประชาชน

2.12 อายุ.....ปี 2.13 สัญชาติ.....

3. ช่องทางการรับเงินอุดหนุน สำหรับผู้ปกครองที่ไม่มีสัญชาติไทย เลือกเพียง 1 ธนาคาร

- ธนาคารกรุงไทย ประเภทบัญชี ออมทรัพย์
 - ธนาคาร ธ.ก.ส. ประเภทบัญชี ออมทรัพย์
 - ธนาคารออมสิน ประเภทบัญชี ออมทรัพย์
- ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....

4. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- 4.1 แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.01)
- 4.2 แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.02)
- 4.3 สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
- 4.4 หนังสือรับรองรายได้หรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่มีรายได้ประจำเป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท) จำนวน.....ใบ (ถ้ามี)
- 4.5 เอกสาร หรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรหรือเอกสารอื่นใดที่แสดงสถานะหรือตำแหน่งของผู้รับรองคนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2
- 4.6 สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ได้ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ยินยอมให้นำข้อมูลในบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อตรวจสอบสถานะบุคคลในฐานะข้อมูลทะเบียนราษฎร ข้อมูลทางการเงินและทรัพย์สิน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินในส่วนที่รับไปโดยไม่มีสิทธิ หรือยินยอมให้หักจากสวัสดิการอื่น หรือหักจากบัญชีเงินฝากธนาคารของข้าพเจ้าได้ ในการนี้ข้าพเจ้ายินดีรับข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็กผ่านช่องทางต่าง ๆ

(ลงชื่อ).....ผู้ลงทะเบียน (ลงชื่อ).....ผู้รับลงทะเบียน
(.....) (.....)

วันที่ลงทะเบียน..... ตำแหน่ง.....
วันที่ลงทะเบียน.....

.....ตัดตามรอยปรุ.....

หมายเหตุ : สำหรับเก็บไว้เป็นหลักฐานเพื่อยืนยันการลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

1. หน่วยงานรับลงทะเบียน.....วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

1.1 ชื่อ-นามสกุล ผู้ลงทะเบียน.....

1.2 เลขประจำตัวประชาชน.....

1.3 ชื่อ - นามสกุล เด็กแรกเกิด เด็กชาย เด็กหญิง.....

1.4 เลขประจำตัวประชาชน.....

2. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.01)
- แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.02)
- สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
- หนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท หรือผู้มีรายได้ประจำ) จำนวน.....ใบ
- เอกสาร หรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรองคนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2
- สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน
(.....)
ตำแหน่ง.....



แบบรับรองสถานะของครัวเรือน
ตารางแสดงจำนวนสมาชิกและรายได้ของครัวเรือน

ส่วนที่ 1 : ผู้ลงทะเบียน

ข้อมูลสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่จริงของผู้ลงทะเบียน (สมาชิกที่ทำงานที่ต่างจังหวัดไม่ต้องกรอกข้อมูล)
(กรณีต่างดาวที่มีบัตรประจำตัวซึ่งไม่มีสัญชาติไทย) สามารถกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มได้

ลำดับ ที่	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อ นามสกุล	อายุ	ความสัมพันธ์ กับเด็ก	อาชีพ	รายได้/เดือน	บัตรสวัสดิการ แห่งรัฐ	
							มี	ไม่มี

จำนวนสมาชิกของครัวเรือนทั้งหมด.....คน (นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย)

รายได้รวมของครัวเรือน.....บาท/ปี รายได้เฉลี่ยสมาชิกของครัวเรือน.....บาท/คน/ปี

วิธีคำนวณรายได้ นำรายได้รวมกันแล้วคูณด้วย 12 จะได้รายได้รวมของครอบครัว จากนั้นให้นำไปหารกับจำนวนสมาชิกในครัวเรือน
จะได้รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายชื่อที่ปรากฏข้างต้น เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่ติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 180 วัน ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา
และสถานะของครัวเรือนของข้าพเจ้าเมื่อคำนวณแล้วมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูล
ส่วนบุคคลแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง และยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถาม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคลในบัตรประจำตัว
ประชาชน พร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้า หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตรงความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ระงับสวัสดิการและ
ประโยชน์อื่น ๆ รวมทั้งคืนเงินที่ได้รับ

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน

(.....)

วันที่ลงทะเบียน.....

- หมายเหตุ : 1) รายได้เฉลี่ยคำนวณจากรายได้รวมของครัวเรือน หารด้วยจำนวนสมาชิกทั้งหมดของที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้น โดยนับรวมรายได้ในรอบปี
ของสมาชิกทุกคนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้นติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 180 วันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยให้นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย ซึ่งสมาชิก
ของครัวเรือนมีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติโดยสายโลหิต หรืออยู่กินด้วยกันฉันสามีภรรยา หรือด้วยเหตุอื่นตามกฎหมาย แต่ไม่นับรวมผู้ซึ่งเป็นลูกจ้าง
หรือผู้ซึ่งได้อนุญาตให้อยู่อาศัยด้วย
- 2) กรณีสมาชิกในครัวเรือนเป็นเจ้าของหน้าทีของรัฐ พนักงานบริษัท ผู้มีรายได้ประจำ ให้แนบหนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือน
ของผู้มีรายได้ประจำ ด้วยทุกคน
- 3) กรณีสมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐทุกคน ไม่ต้องมีผู้รับรองสถานะของครัวเรือน

ส่วนที่ 2 : ผู้รับรอง (ต้องไม่ใช่บุคคลในครอบครัว)

<p>ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 1 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)</p> <p>ข้าพเจ้า <input type="radio"/> นาย <input type="radio"/> นาง <input type="radio"/> นางสาว นามสกุล.....</p> <p>ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน</p> <p>โทรศัพท์.....</p> <p><input type="radio"/> รับรอง เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น</p> <p><input type="radio"/> ไม่รับรอง เนื่องจาก.....</p> <p>(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 1 (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....</p> <p>หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 1 : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมืองพัทยา อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการชุมชน ประธานชุมชน ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนั้น ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ ต้องไม่ใช่ผู้ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน และผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลในครัวเรือนที่มีรายได้น้อยของเด็กแรกเกิด</p> <p>ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ ต้องไม่ใช่ผู้ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน และผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลในครัวเรือนที่มีรายได้น้อยของเด็กแรกเกิด</p>
<p>ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 2 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)</p> <p>ข้าพเจ้า <input type="radio"/> นาย <input type="radio"/> นาง <input type="radio"/> นางสาว นามสกุล.....</p> <p>ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน</p> <p>โทรศัพท์.....</p> <p><input type="radio"/> รับรอง เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น</p> <p><input type="radio"/> ไม่รับรอง เนื่องจาก.....</p> <p>(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 2 (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....</p> <p>หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 2 : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมืองพัทยา อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการชุมชน ประธานชุมชน ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนั้น ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ</p> <p>ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ ต้องไม่ใช่ผู้ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน และผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลในครัวเรือนที่มีรายได้น้อยของเด็กแรกเกิด</p>

❖ ภารกิจงาน : การให้บริการส่งต่อบัตรคนพิการ

๑. ตรวจสอบคนพิการที่บัตรจะหมดอายุ แล้วส่งหนังสือแจ้งคนพิการให้มาดำเนินการต่อบัตรคนพิการ โดยจะแจ้งก่อนบัตรหมดอายุ ๑ เดือน

๒. ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการด้วยตนเองได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี ออบุบลราชธานี หรือติดต่อที่งานพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่ ให้เป็นผู้ประสานการทำบัตรประจำตัวคนพิการ โดยยื่นเอกสาร ดังนี้

๒.๑ รายใหม่

๒.๑.๑ เอกสารรับรองความพิการโดยแพทย์เฉพาะทาง (ฉบับจริง)

๒.๑.๒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

๒.๑.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน

๒.๑.๔ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป

๒.๑.๕ สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแล (กรณีมีผู้ดูแล)

๒.๑.๖ กรณีมีผู้ดูแลแต่อยู่คนละทะเบียนบ้านต้องมีหนังสือรับรองจากผู้ใหญ่บ้านว่าเป็นผู้ดูแล

คนพิการจริง

๒.๒ รายเก่า

๒.๒.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

๒.๒.๒ สำเนาทะเบียนบ้าน

๒.๒.๓ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป

๒.๒.๔ สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแล (กรณีมีผู้ดูแล)

๒.๒.๕ สมุดคนพิการ/บัตรคนพิการที่หมดอายุแล้ว

๒.๒.๖ กรณีมีผู้ดูแลแต่อยู่คนละทะเบียนบ้าน ต้องมีหนังสือรับรองจากผู้ใหญ่บ้านว่าเป็น

ผู้ดูแลคนพิการจริง

๓. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอทำบัตรประจำตัวคนพิการให้นำหลักฐานต่างๆ มายื่นและต้องทำหนังสือมอบอำนาจเพื่อขอทำบัตรคนพิการแทน

๕. ส่งเอกสารหลักฐานต่างๆ ไปที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดจันทบุรี เพื่อต่อบัตรคนพิการ

๖. ติดต่อขอรับบัตร แจ้งให้คนพิการมารับบัตรที่องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่

การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ

การดำเนินการเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ สามารถติดต่อได้ที่สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี (ศาลากลางจังหวัดหลังใหม่ ชั้น ๑) หรือติดต่อที่งานพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่ โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๑. บัตรประจำตัวคนพิการเดิม

๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ

๓. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนเดิมใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ

๔. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ

๕. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ

๖. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้รับรอง จำนวน ๑ ฉบับ



แบบคำขอมิ้บัตรประจำตัวคนพิการ

รูปถ่าย
คนพิการ

หน่วยงานรับคำขอ.....
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

- ขอมิ้บัตรครั้งแรก
- ขอมิ้บัตรเนื่องจาก บัตรเดิมหมดอายุ ชำรุด
- สูญหาย มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ
- อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

- ๑.๑ คำนำนานาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่น ๆ (ระบุ)
- ๑.๒ ชื่อ..... นามสกุล.....
- ๑.๓ เกิดเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.
- ๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน - - - -
- ๑.๕ ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่น ๆ (ระบุ)
- ๑.๖ สถานภาพสมรส โสด สมรสอยู่ด้วยกัน หม้าย
- ๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....
- ๑.๘ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....
- ๑.๙ การศึกษา
 ไม่ได้เรียน
จบการศึกษาชั้นสูงสุด
 ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย
 ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)
 อนุปริญญา ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
 ปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
 สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
 อื่น ๆ (ระบุ)
- ๑.๑๐ อาชีพ
 ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....
ประกอบอาชีพ
 เกษตรกรรม รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ลูกจ้างเอกชน
 รับจ้างทั่วไป ธุรกิจส่วนตัว อาชีพอื่น ๆ (ระบุ).....
- ๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ.....บาท/เดือน
- ๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว).....บาท
- ๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี)คน

๑.๑๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

- ทางกาเห็น ทางกาได้ยินหรือสื่อความหมาย ทางกาเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
 ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ทางสติปัญญา ทางกาเรียนรู้ ทางอหิสติก

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ไม่มี มี (กรอกข้อมูลข้อ ๓.๒)

๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- (๑) คำนานานาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่นๆ(ระบุ)
- (๒) ชื่อ..... นามสกุล.....
- (๓) เลขประจำตัวประชาชน - - - -
เลขหนังสือเดินทาง (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)
- (๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ บิดมารดา บุตร สามีหรือภรรยา พี่น้อง
 ปู่ย่าตายาย ลูกป้า น้าอา บุคคลอื่น (ระบุ).....
- (๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....
- (๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล.....บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ยินยอม ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ.....
(.....)

คนพิการ

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน

เลขประจำตัวประชาชน - - - -

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมิบัตรครบถ้วน เห็นควร ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

- อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ
 ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
 ความเห็นอื่น ๆ

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

❖ ภารกิจงาน : โครงการการสนับสนุนการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

ภารกิจงานโครงการการสนับสนุนการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี เป็นภารกิจงานของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ ซึ่งได้ขอความร่วมมือให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานรับลงทะเบียน และจัดส่งเอกสารให้แก่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

ขั้นตอนการขอรับเงินค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

๑. ยื่นเรื่องแก่หน่วยงานรับเรื่อง ได้แก่ พมจ. เทศบาล อบต. หรืออำเภอ โดยผู้รับผิดชอบจัดการศพยื่นคำขอภายใน ๖ เดือน นับแต่วันที่ออกใบมรณบัตร

เอกสารที่ใช้ในการยื่นเรื่อง ประกอบด้วย

๑. ใบมรณบัตรของผู้สูงอายุฉบับจริง
๒. แบบคำขอรับเงินค่าจัดการศพและรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพ (ศพส.๐๑)
๓. สำเนาบัตรข้าราชการของผู้รับรองในแบบ ศพส.๐๑
๔. บัตรสวัสดิการแห่งรัฐของผู้สูงอายุ หรือหนังสือรับรองฯ (ศพส.๐๒) กรณีผู้สูงอายุมีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐแต่ยังไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ หรือยังไม่ได้ลงทะเบียน
๕. สำเนาบัตรข้าราชการของผู้รับรองในแบบ ศพส.๐๒
๖. บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ
๗. สมุดบัญชีธนาคารของผู้ยื่นคำขอ
๘. แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบฯ

ทั้งนี้ สำเนาทุกฉบับต้องไม่หมดอายุ และลงนามรับรองสำเนาครบถ้วนถูกต้อง

คุณสมบัติผู้สูงอายุ

๑. อายุเกิน ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
 ๒. สัญชาติไทย
 ๓. ผู้สูงอายุมีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ **เว้นแต่** ผู้สูงอายุมีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐแต่ยังไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ หรือยังไม่ได้ลงทะเบียน ให้มีผู้รับรองตามข้อ ๔
 ๔. ผู้รับรองตามแบบ ศพส.๐๑ และ ศพส.๐๒ ได้แก่ นายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล
๒. หน่วยรับเรื่องตรวจสอบคุณสมบัติผู้สูงอายุ ตามเกณฑ์ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปี ๒๕๖๓ และตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร
- ๒.๑.๑. กรณีเป็นไปตามเกณฑ์ประกาศกระทรวง พม.๒๕๖๓ ให้หน่วยงานรับเรื่อง รวบรวมแบบคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานส่งให้ พมจ.
 - ๒.๑.๒. กรณีไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประกาศกระทรวง พม.๒๕๖๓ ให้แจ้งผู้ยื่นคำขอรับค่าจัดการศพผู้สูงอายุ
๓. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ช่วยเหลือเป็นเงินในการจัดการศพผู้สูงอายุ รายละ ๓,๐๐๐ บาท โดยวิธีโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ยื่นคำขอ



แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

เขียนที่.....

วัน.....เดือน..... พ.ศ.....

ส่วนที่ 1 :สำหรับผู้ยื่นขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน
 ออกให้โดย..... วันออกบัตร..... วันหมดอายุ..... อาชีพ

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
 อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....
 โทรศัพท์มือถือ.....

มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ถึงตายในฐานะเป็น..... และเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุ
 โดยได้รับความยินยอมจากบิดา/มารดา/บุตร/พี่น้อง/เครือญาติ/ของผู้สูงอายุที่ตายให้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุที่ตาย
 ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ ปี เลขประจำตัวประชาชน

ออกให้โดย..... วันออกบัตร..... วันหมดอายุ.....
 โดยอาศัยอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน ตรอก/ซอย..... ถนน.....
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

ถึงแก่กรรมด้วยสาเหตุ..... เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
 ตามใบมรณบัตรเลขที่ ออกให้โดย..... เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ได้ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าไม่เคยได้รับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุ
 รายนี้มาก่อน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและข้อมูลในบัตรประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้แก่หน่วยงาน
 ของรัฐและยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถามและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการ
 พิจารณาจัดสรรสวัสดิการและหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามกฎหมายของรัฐ และหรือนำเพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือ
 ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้ถือว่าข้อมูลและบรรดาสำเนา ภาพถ่าย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสารที่สร้างขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้
 เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้าเช่นเดียวกัน

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่...../...../.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้ให้การรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

เขียนที่.....

วัน.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)ตำแหน่ง.....
 สังกัดหน่วยงาน..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน

ออกให้โดย..... วันออกบัตร..... วันหมดอายุ.....
 อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
 อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่าผู้ยื่นคำขอเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุรายนี้จริง

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

คำชี้แจง

1. ผู้ยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี ซึ่งได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้องของผู้สูงอายุ ที่เสียชีวิต รวมทั้งมูลนิธิ สมาคม วัดมัสยิด โบสถ์
2. ผู้ให้คำรับรองในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี หมายถึง ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค้การบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน หรือผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ผู้ปกครองสถานสงเคราะห์ ผู้ปกครองสถานดูแล ผู้อำนวยการสถานคุ้มครอง หรือผู้ปกครองสถานใดๆของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
3. คุณสมบัติผู้สูงอายุ
 - (1) มีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป
 - (2) มีสัญชาติไทย
 - (3) ผู้สูงอายุที่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เว้นแต่ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ แต่ยังไม่มืบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียน ให้ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค้การบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน เป็นผู้รับรอง
4. หลักฐานการยื่นคำขอ
 - (1) ใบมรณบัตรของผู้สูงอายุ
 - (2) บัตรสวัสดิการแห่งรัฐของผู้สูงอายุ
 - (3) บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายและเลขประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ
 - (4) สมุดบัญชีธนาคารหรือเลขที่บัญชีธนาคารของผู้ยื่นคำขอ เว้นแต่ประสงค์จะขอรับเงินสดให้ดำเนินการตามระเบียบของทางราชการ
 - (5) หนังสือรับรองเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพตามประเพณี
5. การยื่นคำขอ ยื่นภายใน 6 เดือนนับตั้งแต่วันที่ออกใบมรณบัตร โดยยื่นคำขอในท้องที่ที่ผู้สูงอายุมีชื่อในทะเบียนบ้าน หรือภูมิลำเนาที่ถึงแก่ความตาย ในขณะถึงแก่ความตาย ดังต่อไปนี้
 - (1) ในกรุงเทพมหานคร ให้ยื่นคำขอที่สำนักงานเขต สังกัดกรุงเทพมหานคร
 - (2) ในจังหวัดอื่นให้ยื่นคำขอต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หรือที่ว่าการอำเภอ หรือเมืองพัทยา หรือเทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบล
6. ผู้ยื่นคำขอและผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน

เลขที่.....

แบบแจ้งข้อมูลการขอรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....

เลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

สำนัก/กอง/ศูนย์.....สังกัดกรม.....

กระทรวง.....

อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรมือถือ.....

ขอรับเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร มาเพื่อเป็นหลักฐานด้วยแล้ว

กรณีเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ ที่สังกัดส่วนราชการผู้จ่าย

เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ใช้สำหรับรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน

บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารอื่น ตามที่ (หัวหน้าส่วนราชการผู้เบิก) อนุญาต

บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

กรณีเป็นบุคคลภายนอกเพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

และเมื่อ.....โอนเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online แล้ว ให้ส่งข้อมูล การโอนเงินผ่านช่องทาง

ข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ (SMS) ที่เบอร์โทรศัพท์.....

จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ตาม e-mail address

(ลงชื่อ).....ผู้มีสิทธิรับเงิน

(.....)

หมายเหตุ : เลขที่ของแบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online ให้ระบุหมายเลขเรียงกำกับเรียงกันไปทุกฉบับ เพื่อประโยชน์ในการจัดทำทะเบียนคุมการโอนเงิน



แบบรับรองการมีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ
แต่ยังไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียนบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

สังกัด.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน ออกให้โดย.....

วันออกบัตร..... วันหมดอายุ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน.....

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

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้สูงอายุที่ตายชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ แต่ยังไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียนบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและข้อมูลในบัตรประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้า
ไปใช้แก่หน่วยงานของรัฐและยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถามและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐ
ที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาจัดสรรสวัสดิการและหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินตามกฎหมายของรัฐ และหรือ
เพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้ถือว่าเป็นคู่ฉบับและบรรดาสำเนาภาพถ่าย
ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสารที่ทำขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้า
เช่นเดียวกัน

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค้การบริหารส่วนตำบล
หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน เป็นผู้ให้การรับรองผู้สูงอายุที่ตายโดยผู้ยื่นคำขอและผู้รับรอง ต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน

❖ ภารกิจงาน : การจัดทำโครงการต่าง ๆ

๑. ตรวจสอบโครงการที่อยู่ในข้อบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี และแผนพัฒนาท้องถิ่นหรือโครงการที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานราชการอื่นๆ

๒. เขียนโครงการเพื่อขอการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานต่างๆ

๓. เขียนโครงการโดยมีหลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ เป้าหมาย วิธีการดำเนินการ ระยะเวลาดำเนินการ สถานที่ดำเนินการ งบประมาณ ผู้รับผิดชอบโครงการ ผลที่คาดว่าจะได้รับ (เชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ) เพื่อขออนุมัติโครงการกับผู้บริหาร

๔. จัดทำหนังสือประชาสัมพันธ์โครงการเพื่อประชาสัมพันธ์ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมโครงการ

๕. จัดทำบันทึกขออนุมัติจัดทำโครงการและบันทึกอนุมัติการเบิกจ่ายต่างๆ ตามโครงการ

๖. จัดเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ ก่อนการดำเนินโครงการ

๗. ประสานงานกับผู้นำชุมชนหรือหน่วยงานภาครัฐหรือภาคเอกชนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

๘. ดำเนินการตามกิจกรรมของโครงการ

๙. จัดทำเอกสารประกอบฎีกาเพื่อเบิกจ่ายตามโครงการ

๑๐. สรุปผลการดำเนินโครงการและบันทึกข้อความให้ผู้บริหารทราบ

สำหรับกรณีได้รับการสนับสนุนงบประมาณดำเนินโครงการ สรุปผลการดำเนินโครงการจำนวน ๒ ชุด ส่งให้หน่วยงานราชการที่สนับสนุนงบประมาณและจัดเก็บที่องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ใหญ่ จำนวน ๑ ชุด

๑๑. กรณีได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานราชการอื่นๆ หากมีเงินเหลือจ่ายจัดทำบันทึกข้อความขออนุมัติคืนเงินเหลือจ่ายให้กับหน่วยงานที่สนับสนุนงบประมาณและจัดทำเอกสารประกอบฎีกาคืนเงิน

❖ ภารกิจงาน : งานธุรการพิมพ์หนังสือรับ - หนังสือส่ง

๑. รับหนังสือราชการจากสารบรรณกลางเสนอผู้บริหารและรับหนังสือราชการหลังจากเสนอให้ผู้บริหารแล้ว

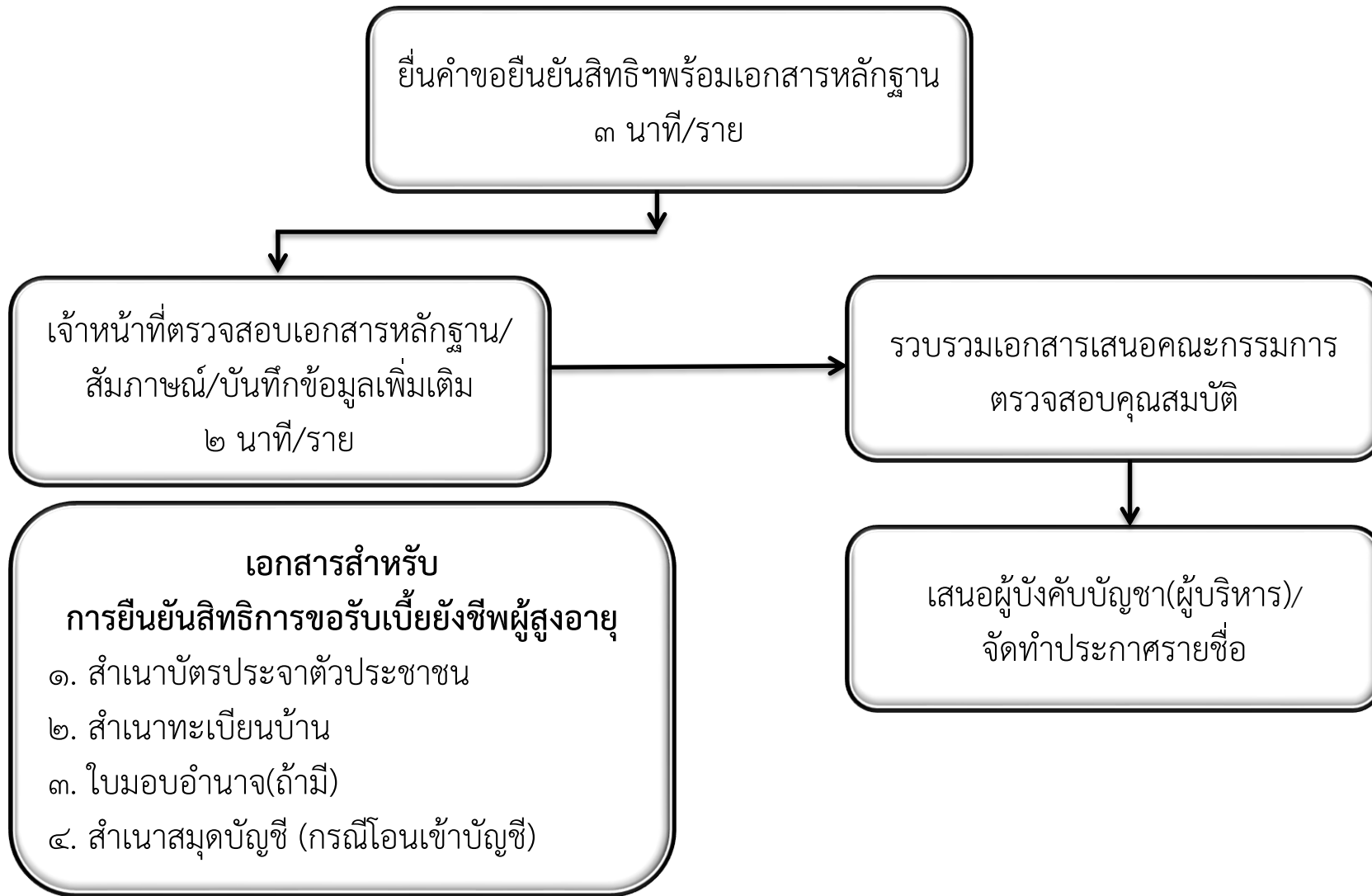
๒. ปฏิบัติตามหนังสือราชการและตาม que ผู้บริหารสั่งการ

๓. ประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในหนังสือราชการ

๔. ตอบหนังสือราชการและเสนอให้ผู้บริหารลงนาม

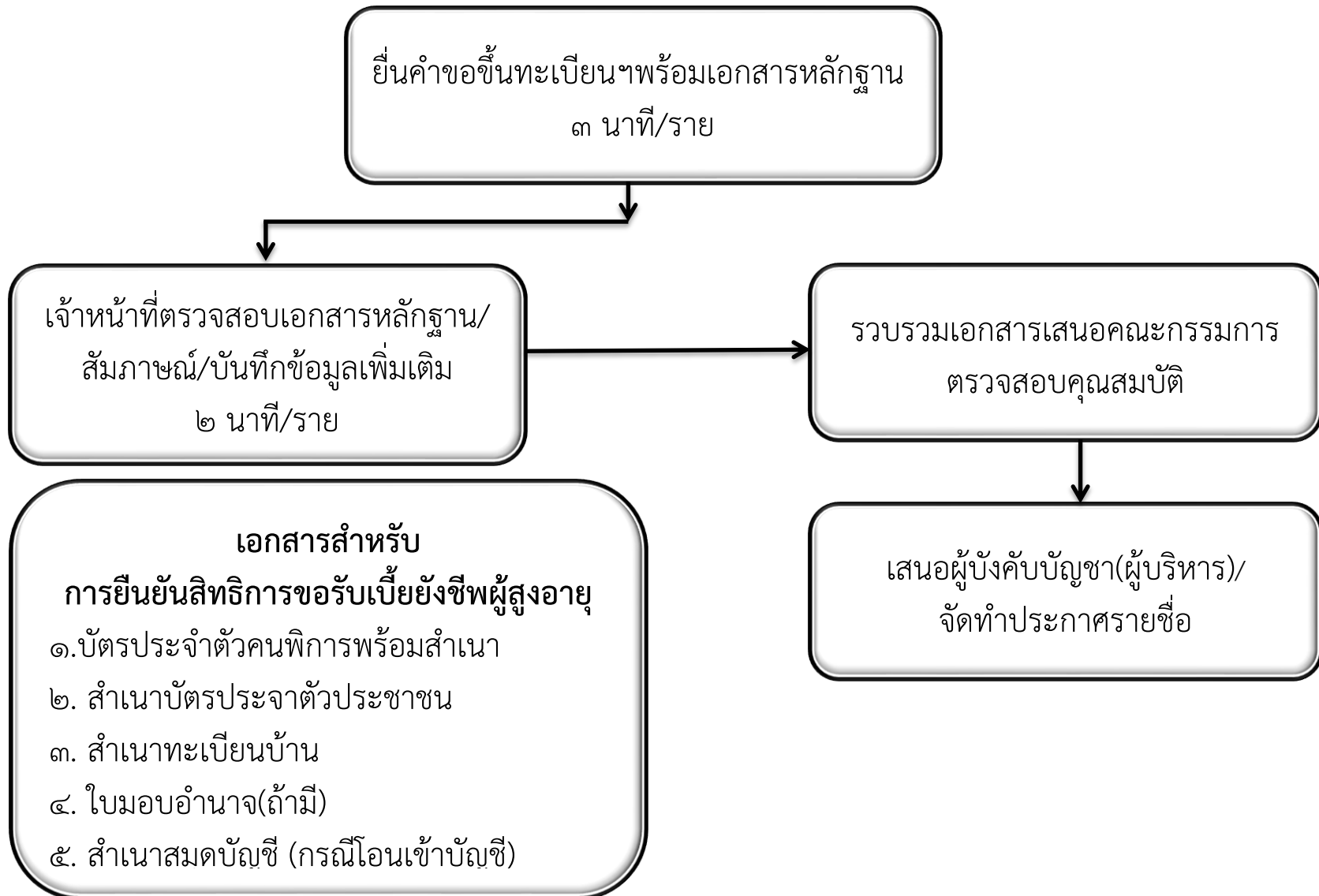
ภาคผนวก

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
(การยื่นยันสิทธิการขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ)



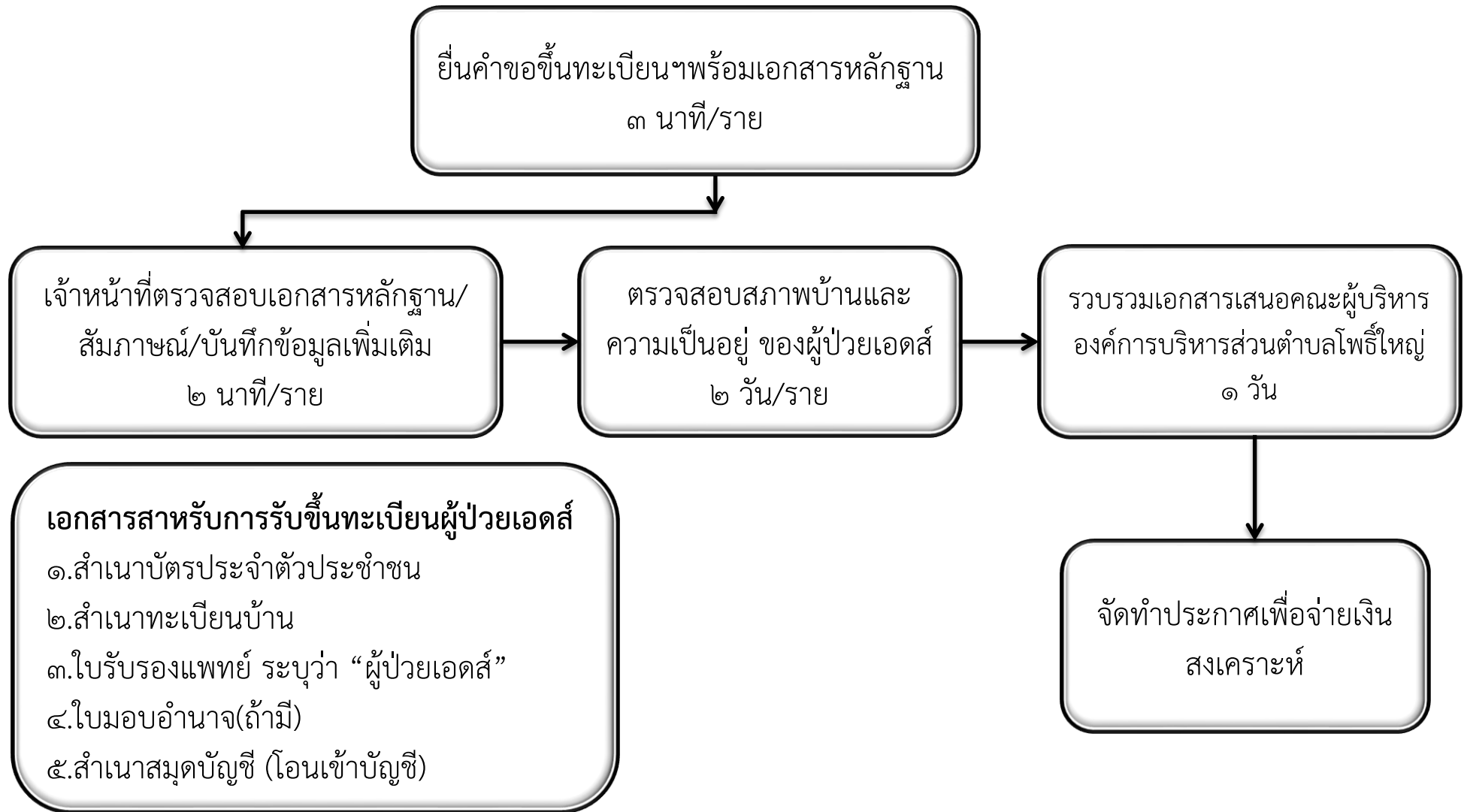
ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ เดิม ๑๕ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๕ - ๑๐ นาที/ราย

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ)



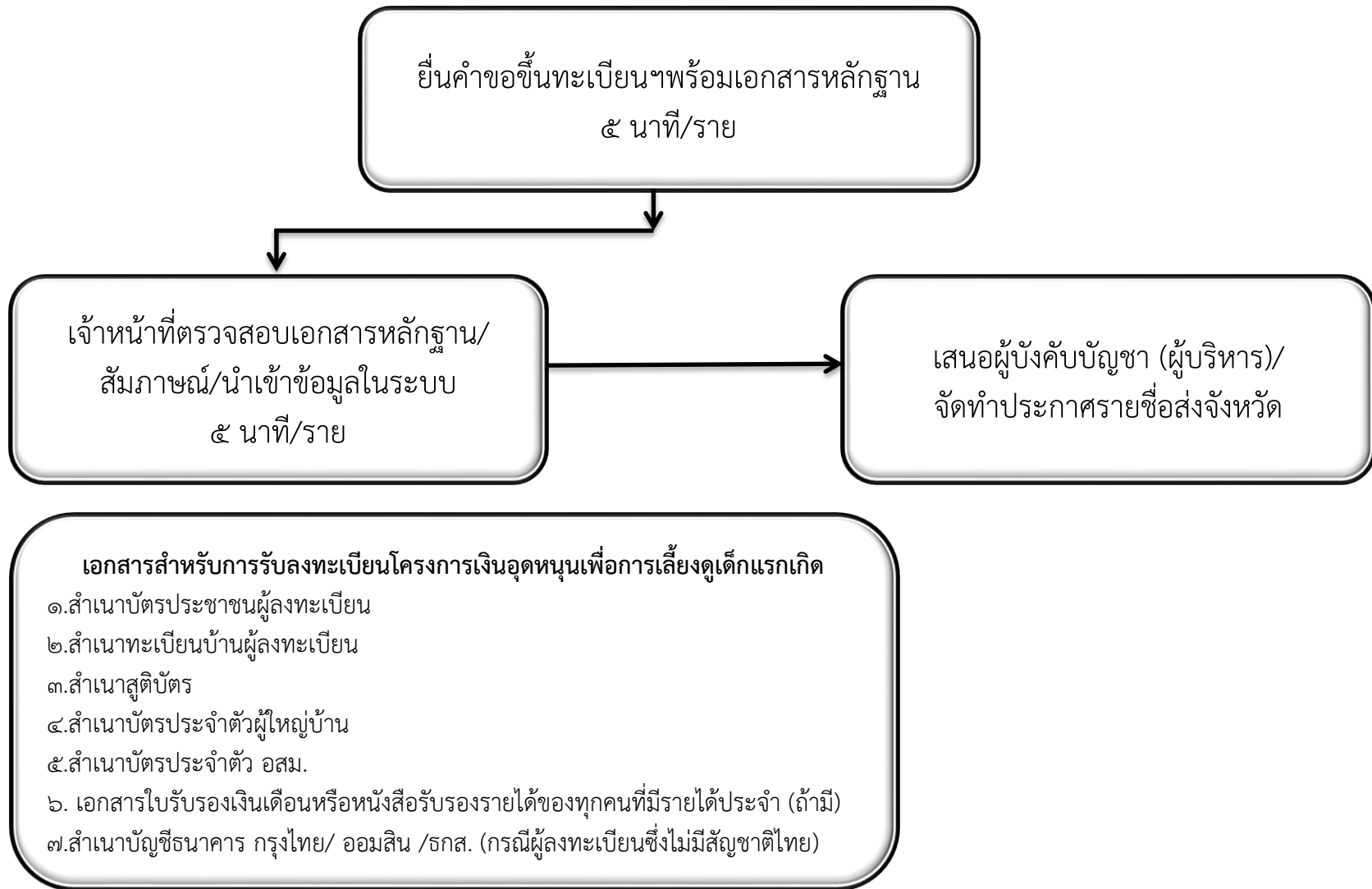
ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ เดิม ๑๕ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๕ - ๑๐ นาที/ราย

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์)



ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ เดิม ๑๕ นาที/ราย และไม่เกิน ๕ วันทำการในการพิจารณาอนุมัติ
เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๕ - ๑๐ นาที/ราย และไม่เกิน ๓ วันทำการในการพิจารณาอนุมัติ

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับลงทะเบียนโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด)



ขั้นตอนการรับลงทะเบียนโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด เดิม ๑๕ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๑๐ นาที/ราย