



คู่มือการปฏิบัติงาน

กองสวัสดิการสังคม

องค์การบริหารส่วนตำบลคลองเรือ



- การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ
- การยื่นคำร้องขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
- การยื่นคำร้องโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
- การยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

กองสวัสดิการสังคม

องค์การบริหารส่วนตำบลคลองเรือ

อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน





คู่มือการปฏิบัติงาน

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลคลองเรือ

www.klongrua.go.th

- ➡ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- ➡ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ
- ➡ การยื่นคำร้องขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
- ➡ การยื่นคำร้องโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
- ➡ การยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลคลองเรือ

อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี

โทรศัพท์ ๐-๓๖๒๗-๗๖๐๐ ต่อ ๒๑ โทรสาร ๐-๓๖๒๗-๗๖๐๐

คำนำ

องค์การบริหารส่วนตำบลคลองเรือ อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี โดยกองสวัสดิการสังคม มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในเขต องค์การบริหารส่วนตำบลคลองเรือ อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลเหล่านี้ รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนคนพิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ และรับคำร้องผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพฯ ให้กับบุคคลดังกล่าว โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ อีกทั้งยังได้รับลงทะเบียนโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็ว และถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าวองค์การบริหารส่วนตำบลคลองเรือ จึงได้จัดทำคู่มือการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ การยื่นคำร้องเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ การยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี และโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ขึ้น

องค์การบริหารส่วนตำบลคลองเรือ อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ และผู้ที่ต้องการเข้าร่วมโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับ รวมทั้ง ทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจำเป็นให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการ ต่อไป

คณะผู้จัดทำ

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลคลองเรือ

สารบัญ

หน้า

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๑
ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ	๖
การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ	๑๒
การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์	๑๓
ขั้นตอนการลงทะเบียนรับเงินสงเคราะห์โครงการอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด	๑๖
ขั้นตอนการลงทะเบียนรับเงินสงเคราะห์และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี	๑๘

ภาคผนวก

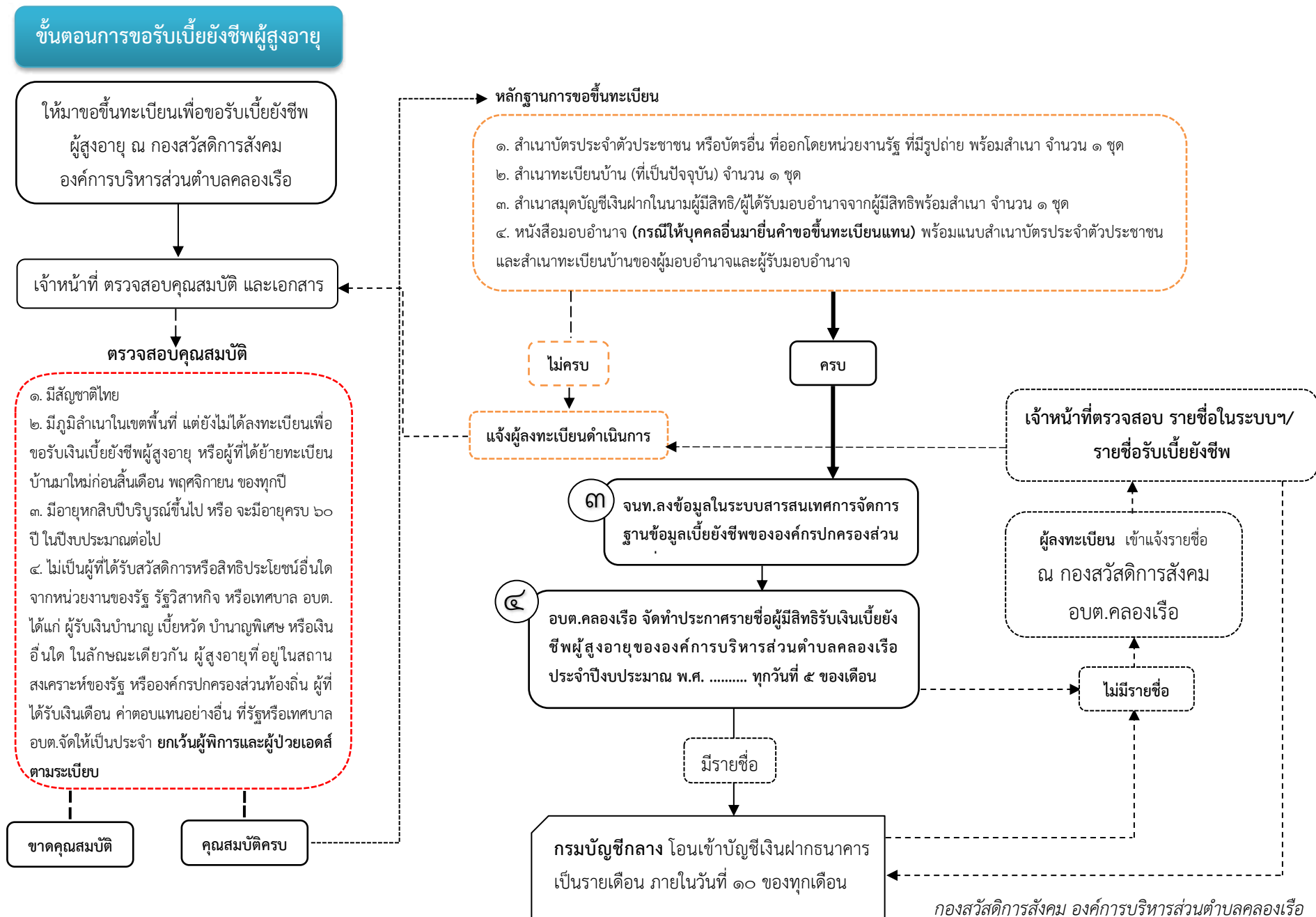
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ)
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การเบิก-จ่ายเบี้ยผู้สูงอายุ)
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การเบิก-จ่ายเบี้ยความพิการ)
(ตัวอย่างแบบฟอร์มคำขอ) แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
(ตัวอย่าง) แบบคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ
(ตัวอย่าง) แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเบี้ยความพิการ
(ตัวอย่าง) แบบฟอร์มหนังสือมอบอำนาจการรับเบี้ยยังชีพ
(ตัวอย่าง) แบบฟอร์มขอเปลี่ยนแปลงการรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ
(ตัวอย่าง) แบบลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (แบบ ดร.๐๑)
(ตัวอย่าง) แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (แบบ ดร.๐๒)
(ตัวอย่าง) แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี
สารพินคำถาม

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงิน
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม
“แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ”

- 😊 บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตร อื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ
ที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนา
- 😊 ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา
- 😊 สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อ
และเลขที่บัญชี) สำหรับกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์
ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านบัญชีธนาคารเพื่อการเกษตรและ
สหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส. สาขาวิหารแดง)

หมายเหตุ : ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง
อาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ โดยให้
ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับ อบต. คลองเรือ พร้อมสำเนาบัตรประจำตัว
ประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

ขอรับแบบคำขอขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ และยื่นเอกสาร
ประกอบ ได้แก่ กองสวัสดิการสังคม
องค์การบริหารส่วนตำบลคลองเรือ



(ตัวอย่าง)

แนวทางการรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

ตารางการคำนวณ			จะได้รับเบี้ยเดือน
เกิดก่อน วันที่ ๒ กันยายน ๒๕๐๔	ถึง	๑ ตุลาคม ๒๕๐๔	ตุลาคม ๒๕๖๔
เกิดก่อน วันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๐๔	ถึง	๑ พฤศจิกายน ๒๕๐๔	พฤศจิกายน ๒๕๖๔
เกิดก่อน วันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๐๔	ถึง	๑ ธันวาคม ๒๕๐๔	ธันวาคม ๒๕๖๔
เกิดก่อน วันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๐๔	ถึง	๑ มกราคม ๒๕๐๕	มกราคม ๒๕๖๕
เกิดก่อน วันที่ ๒ มกราคม ๒๕๐๕	ถึง	๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๕	กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕
เกิดก่อน วันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๕	ถึง	๑ มีนาคม ๒๕๐๕	มีนาคม ๒๕๖๕
เกิดก่อน วันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๐๕	ถึง	๑ เมษายน ๒๕๐๕	เมษายน ๒๕๖๕
เกิดก่อน วันที่ ๒ เมษายน ๒๕๐๕	ถึง	๑ พฤษภาคม ๒๕๐๕	พฤษภาคม ๒๕๖๕
เกิดก่อน วันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๐๕	ถึง	๑ มิถุนายน ๒๕๐๕	มิถุนายน ๒๕๖๕
เกิดก่อน วันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๐๕	ถึง	๑ กรกฎาคม ๒๕๐๕	กรกฎาคม ๒๕๖๕
เกิดก่อน วันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๐๕	ถึง	๑ สิงหาคม ๒๕๐๕	สิงหาคม ๒๕๖๕
เกิดก่อน วันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๐๕	ถึง	๑ กันยายน ๒๕๐๕	กันยายน ๒๕๖๕

หมายเหตุ : กรณีผู้สูงอายุย้ายมาจาก อปท. อื่น

ให้มาลงทะเบียนภายในเดือน พฤศจิกายน ของปีนั้นๆ (ภายในเดือน พฤศจิกายน ๒๕๖๔) และจะเริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปีงบประมาณถัดไป

การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได สำหรับผู้สูงอายุ

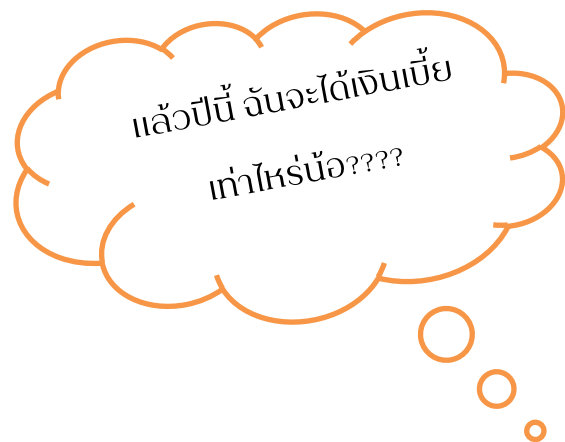
จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับใน ปัจจุบัน (ปี.....)
การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ คิดในอัตราเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได
แบบ “ขั้นบันได” หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของ ผู้สูงอายุออกเป็นช่วงๆ
หรือเป็นขั้น ขึ้นไปเรื่อยๆ โดยเริ่ม ตั้งแต่อายุ ๖๐ ปี

โดยคำนวณตามปีงบประมาณ
มิใช่ปีปฏิทิน และไม่มีการเพิ่มของอายุระหว่างปี

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 ปีขึ้นไป	๑,๐๐๐

วิธีคำนวณอายุของผู้สูงอายุ



การนับอายุว่าจะอยู่ในขั้นที่เท่าไร ให้นับ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน เท่านั้น เช่น

๑. นาง ก. เกิด ๓๐ กันยายน ๒๔๘๗ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๗ นาง ก. จะอายุ ๗๐ ปี หมายความว่า นาง ก. จะได้รับ เงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๗๐๐ บาท ในเดือนตุลาคม ๒๕๕๗ (งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘)

๒. นาง ข. เกิด ๑ ตุลาคม ๒๔๘๗ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๗ นาง ข. จะอายุ ๖๙ ปี หมายความว่า นาง ข. จะได้รับเงิน เบี้ยยังชีพเดือนละ ๖๐๐ บาท เท่าเดิม จนกว่าจะถึงรอบปีถัดไป

การนับรอบปีงบประมาณ คือ ๑ ตุลาคม – ๓๐ กันยายน เช่น
ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐-๓๐ กันยายน ๒๕๖๑
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑-๓๐ กันยายน ๒๕๖๒
ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒-๓๐ กันยายน ๒๕๖๓
ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓-๓๐ กันยายน ๒๕๖๔
ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔-๓๐ กันยายน ๒๕๖๕

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ

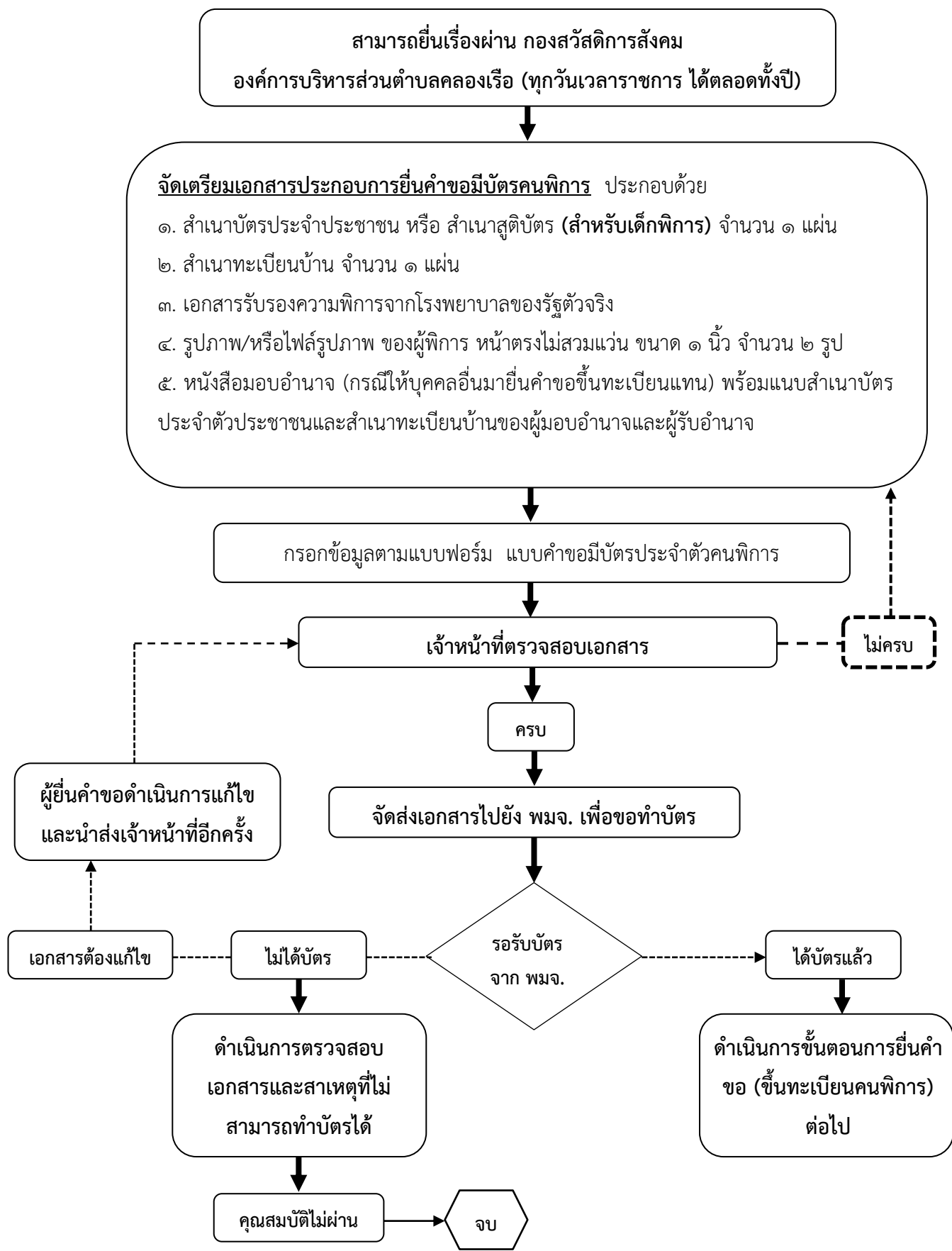
ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม “แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ”

-  บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับจริง พร้อมสำเนา
-  ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา
-  สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขที่บัญชี) สำหรับกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผ่านบัญชีธนาคาร

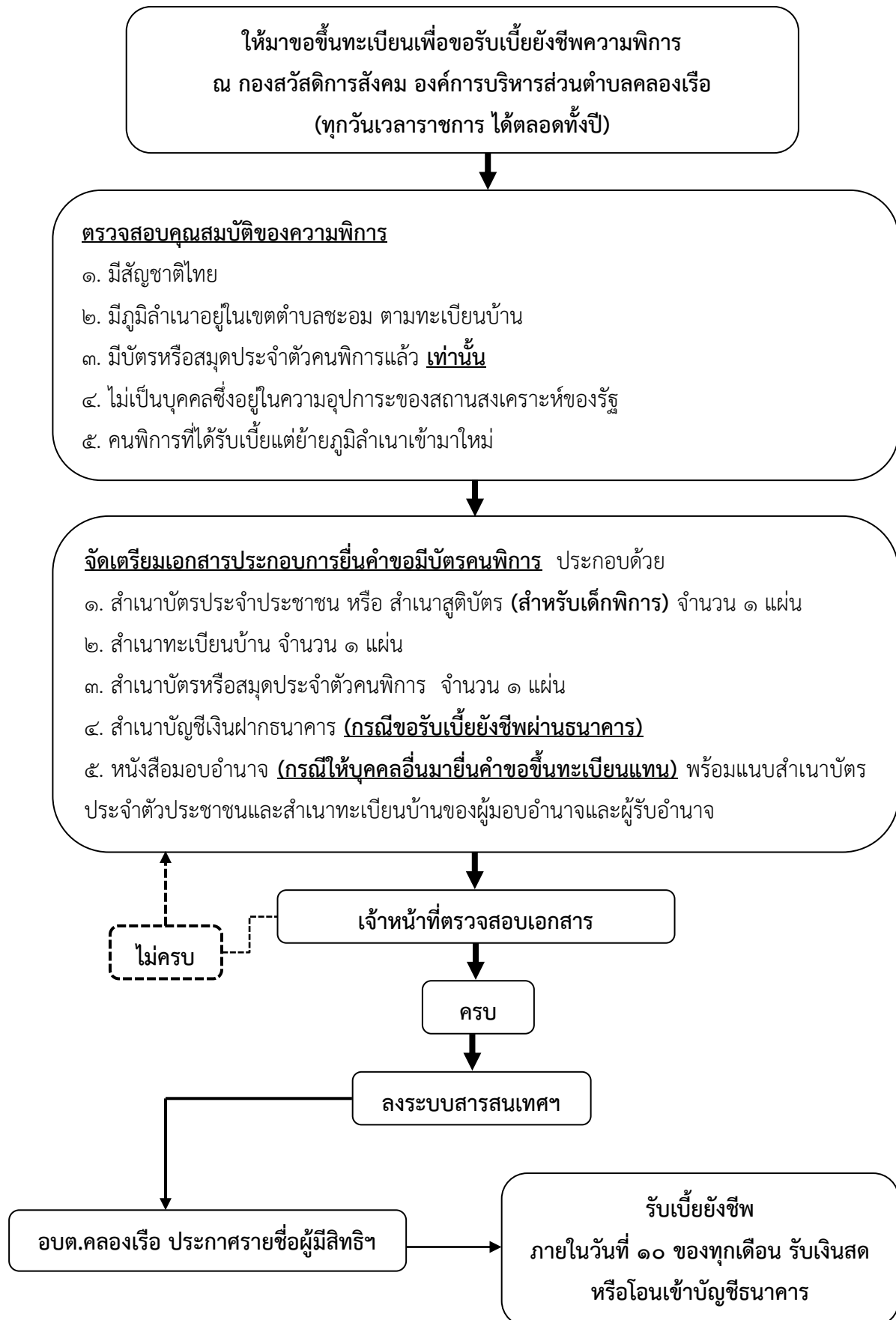
หมายเหตุ : ในกรณีที่คนพิการที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง **อาจมอบอำนาจ** เป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการเป็นผู้ยื่นคำขอแทน แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและคนดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย สำหรับคนพิการที่เป็นผู้สูงอายุสามารถลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ด้วย

ขอรับแบบคำขอขึ้นทะเบียนเบี้ยความพิการ และยื่นเอกสาร
ประกอบ ได้ที่กองสวัสดิการสังคม
องค์การบริหารส่วนตำบลคลองเรือ

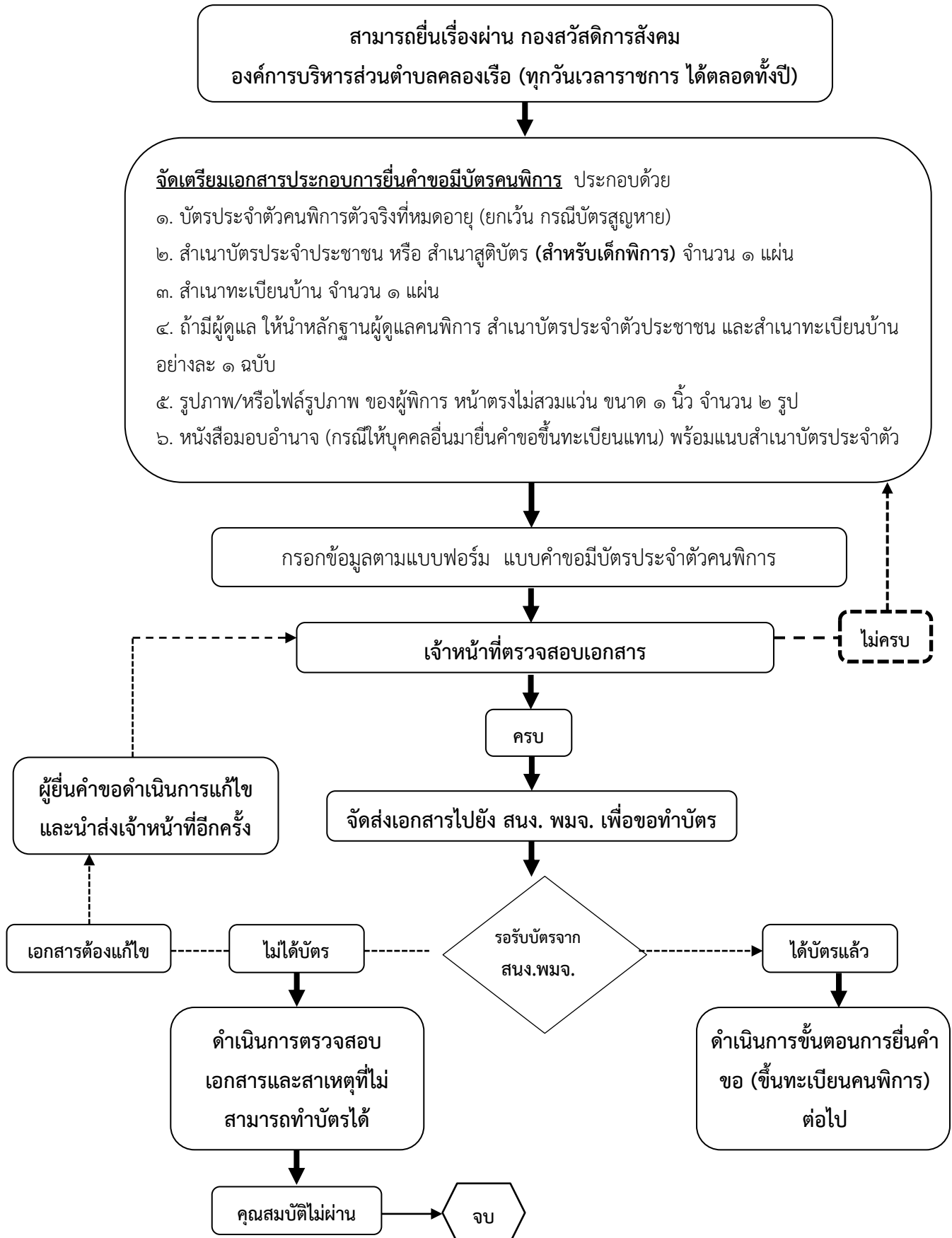
ขั้นตอนการยื่นคำขอ (มีบัตรประจำตัวคนพิการ)



ขั้นตอนการยื่นคำขอ (ขึ้นทะเบียนคนพิการ)



ขั้นตอนการยื่นคำขอต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ/ชำรุด/สูญหาย /มีการเปลี่ยนแปลงสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการและอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์



การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ/เพิ่มผู้ดูแลคนพิการกรณียังไม่มี ผู้ดูแลคนพิการ

การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ สามารถติดต่อได้ที่ ยื่นผ่านกองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลคลองเรือ หรือ ไปติดต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสระบุรี (ศูนย์ราชการจังหวัดสระบุรี) โดยตรง โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๑. บัตรประจำตัวคนพิการ
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละจำนวน ๑ ฉบับ
๓. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนเดิม ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
๔. **หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนใหม่** ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
๕. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ กรณี คนพิการและผู้ดูแลคนพิการไม่ได้อยู่บ้านเลขที่เดียวกัน
๖. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้รับรอง จำนวน ๑ ฉบับ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภา อบต. หรือข้าราชการ ระดับปฏิบัติการหรือชำนาญงานขึ้นไป)

หมายเหตุ : หากเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการรายเดิม เป็นผู้ดูแลคนพิการรายใหม่ ให้ผู้ดูแลคนพิการรายเดิม ยืนยันในการให้เปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการรายใหม่

คำชี้แจง

ผู้สูงอายุ/คนพิการที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพอยู่
แล้วในพื้นที่อื่น ภายหลังได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่
ในพื้นที่ตำบลคลองเรือให้มาแจ้งขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับ
เงินเบี้ยยังชีพต่อที่ อบต.คลองเรือ แต่สิทธิในการรับ
เงินยังคงอยู่ที่เดิมจนสิ้นปีงบประมาณ

สิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ

๑. ตาย (ยกเลิกการสงเคราะห์จัดการศพรายละ ๒,๐๐๐ บาท ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี พ.ศ. ๒๕๕๗ ลงวันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๕๗)

๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตพื้นที่ตำบลคลองเรือ

๓. แจ้งละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ

๔. ขาดคุณสมบัติ

หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และคนพิการ

๑. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง

๒. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพ หรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเป็นเงินสด ต้องมารับเงินให้ตรงตามวัน เวลา ที่กำหนด

๓. เมื่อย้ายภูมิลำเนาจากพื้นที่ตำบลคลองเรือ ไปอยู่ภูมิลำเนาอื่น ต้องแจ้งข้อมูลเพื่อให้ อบต.คลองเรือ ได้รับทราบ

๔. ให้ผู้ที่รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ แสดงการมีชีวิตอยู่ ต่อ อบต.คลองเรือ ระหว่างวันที่ ๑-๕ ตุลาคม ของทุกปี

๕. **กรณีตาย** ให้ผู้ดูแลหรือญาติของผู้สูงอายุ หรือคนพิการของ ผู้รับเงินเบี้ยยังชีพแจ้งการตาย ให้ อบต.คลองเรือ ได้รับทราบ (พร้อมสำเนามรณบัตร) ภายใน ๗ วัน

การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ทะเบียนการขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

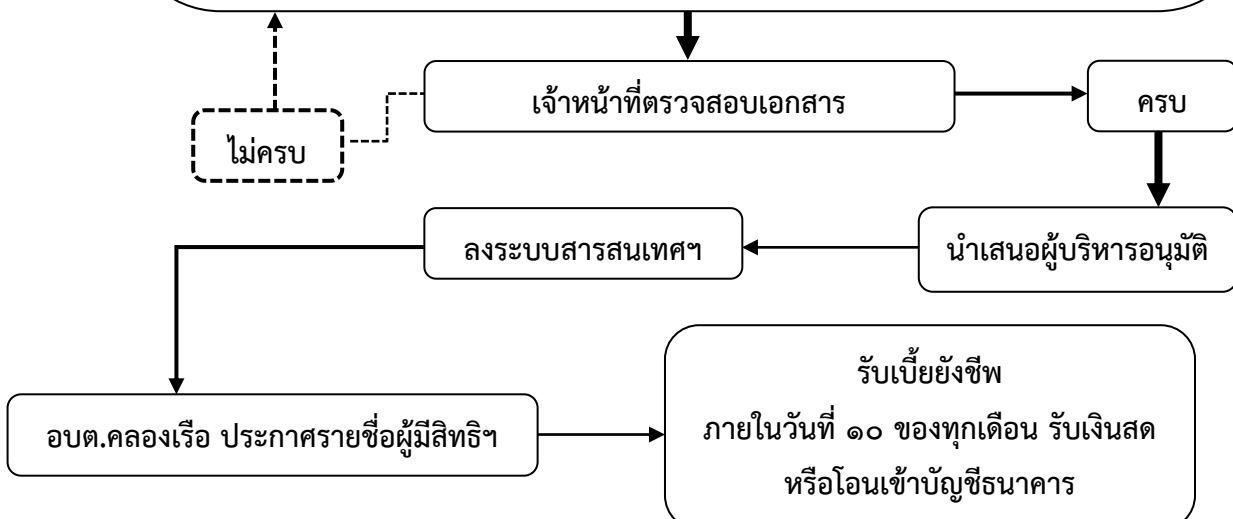
ให้มาขอขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพคนพิการ
ณ กองสวัสดิการสังคม
องค์การบริหารส่วนตำบลคลองเรือ (ได้ตลอดทั้งปี)

ตรวจสอบคุณสมบัติของผู้มีสิทธิที่จะได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๑. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๒. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

จัดเตรียมเอกสารประกอบการยื่นคำขอมิบัตรคนพิการ ประกอบด้วย

๑. สำเนาบัตรประจำประชาชน หรือ บัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาจำนวน ๑ แผ่น
๒. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา จำนวน ๑ แผ่น
๓. สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา สำหรับกรณีผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ผ่านธนาคาร จำนวน ๑ แผ่น
๔. ใบรับรองแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ปรากฏอาการ
๕. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอขึ้นทะเบียนแทน) พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ



ข้อเสนอแนะสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดย สถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล คลองเรือ อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี
๓. การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลคลองเรือ โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่น ดังนี้
 - ๓.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
 - ๓.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
 - ๓.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
๔. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้
๕. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด
๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ จากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับ

เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้าย
ภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนา เท่านั้น

๗. กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือ
ญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้อง แจ้งให้กองสวัสดิการสังคม ภายใน
๗ วัน

ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่าป่วยเป็น โรคเอดส์/AIDS
เท่านั้น หากระบุว่าป่วยเป็น HIV หรือภูมิคุ้มกันบกพร่องจะ
ไม่เข้าหลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์

**ขั้นตอนการลงทะเบียนรับเงินสงเคราะห์
โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
๖๐๐ บาท ต่อเดือน
เพื่อช่วยเหลือครอบครัวให้เลี้ยงดูเด็กไทยได้อย่างมีคุณภาพ**

ขั้นตอนการลงทะเบียน

๑. ผู้รับรอง ๒ คน รับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒) ให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตรงตามเป้าหมาย
๒. หญิงตั้งครรภ์นำเอกสาร ดร.๐๒ พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาเอกสารการฝากครรภ์ ขอรับเอกสาร ดร.๐๑ ยื่นลงทะเบียนที่องค์การบริหารส่วนตำบลคลองเรือ
๓. องค์การบริหารส่วนตำบลคลองเรือ จัดทำประกาศรายชื่อผู้ขอรับเงินอุดหนุนฯ และติดประกาศ ๑๕ วัน หากไม่มีผู้ใดคัดค้านให้ถือว่าเป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินอุดหนุนฯ
๔. หลังจากเด็กเกิด นำสูติบัตรเด็กมายื่นที่จุดลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิ์

คุณสมบัติของผู้ได้รับสิทธิ์เงินอุดหนุนฯ จะมอบให้แก่แม่ของเด็กแรกเกิดที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

- พ่อ แม่ หรือฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีสัญชาติไทย
- มีรายได้เฉลี่ยต่อคนต่ำกว่า ๓,๐๐๐ บาทต่อเดือน

เอกสารประกอบการลงทะเบียน

๑. แบบลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิฯ (ดร.๐๑) (รับได้ที่ลงทะเบียน)

๒. แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒) (ที่ได้รับการรับรองแล้ว)

การรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒)

การยื่นลงทะเบียน จะต้องให้ผู้รับรอง ๒ คน ลงชื่อรับรองในแบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒) ว่าผู้ขอรับสิทธิมีคุณสมบัติตรงตามเป้าหมายของโครงการ

ผู้รับรองคนที่ ๑

* อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) หรืออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือประธานชุมชน

ผู้รับรองคนที่ ๒

* ประธานอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำตำบล ประธานชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการสถานบริการสาธารณสุขในระดับตำบล ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น ระดับปฏิบัติการขึ้นไปหรือเทียบเท่า (ต้องมีไข้ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่นที่ได้รับมอบหมายในการลงทะเบียน)

๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของหญิงตั้งครรภ์

๔. สำเนาเอกสารการฝากครรภ์ หรือสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก หน้าที่ ๑

๕. สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด (ยื่นหลังคลอด)

๖. สำเนาหน้าแรกของสมุดบัญชีธนาคาร

๗. สำเนาบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ (ถ้ามี)

การรับเงิน

- โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารที่แจ้งไว้ในแบบลงทะเบียนฯ (ดร.๐๑)

ขั้นตอนการยื่นขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุ ตามประเพณี

ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม “แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุ”

-  สำเนาใบมรณะบัตรของผู้สูงอายุ
-  สำเนาบัตรสวัสดิการแห่งรัฐของผู้สูงอายุ
-  สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอฯ
-  สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา ของผู้ยื่นคำขอฯ

หมายเหตุ : ผู้รับผิดชอบจัดการศพยื่นคำขอ ภายใน ๖ เดือน
นับตั้งแต่วันที่ออกมรณะบัตร

ขอรับแบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตาม
ประเพณี และยื่นเอกสารประกอบ ได้ที่กองสวัสดิการสังคม
องค์การบริหารส่วนตำบลคลองเรือ

ขั้นตอนการยื่นขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี องค์การบริหารส่วนตำบลคลองเรือ

1. ยื่นเรื่อง

ผู้รับผิดชอบจัดการศพยื่นคำขอ
ภายใน 6 เดือน
นับตั้งแต่วันที่ ออกใบมรณะบัตร

หน่วยงานรับเรื่อง

พมจ.สระบุรี, อบต.คลองเรือ

2. ตรวจสอบ

หน่วยงานรับเรื่องตรวจสอบ
คุณสมบัติผู้สูงอายุ ตามเกณฑ์
ประกาศกระทรวง พม. ปี 2564

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ สิทธิ/เอกสาร

ไม่ผ่าน

การพิจารณา

ชี้แจง

ต่อผู้ยื่นฯ

ผ่าน

การพิจารณา

ชี้แจง

ต่อผู้ยื่นฯ

คุณสมบัติผู้สูงอายุ (ที่เสียชีวิต)

1. อายุเกิน 60 ปีขึ้นไป
2. สัญชาติไทย
3. มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ
4. กรณีไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ (ข้อ 3)

ต้องมีคุณสมบัติดังนี้ :

- รายได้ทั้งหมด ไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคนต่อปี

- สินทรัพย์ทางการเงินทั้งหมดรวมกัน ไม่เกิน 100,000 บาท

เช่น รถยนต์ รถจักรยานยนต์ เงินฝากธนาคาร

สลากออมสิน อ.ก.ส. เป็นต้น

- ไม่เป็นเจ้าของกรรมสิทธิ์ในบ้านและที่ดิน

เกิน 1 ไร่ **หากเคยทำบัตรสวัสดิการแห่งรัฐแล้วไม่ผ่าน ไม่สามารถยื่นคำขอได้

เอกสารประกอบ :

1. สำเนาบัตรของผู้สูงอายุ
2. สำเนาบัตรสวัสดิการแห่งรัฐของผู้สูงอายุ
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอฯ
4. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้ยื่นคำขอฯ
5. แบบคำขอรับเงินค่าทำศพ และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพ (คพส.01)
6. แบบรับรอง (คพส.02) กรณีผู้สูงอายุ มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐแต่ยังไม่มีบัตรสวัสดิการ

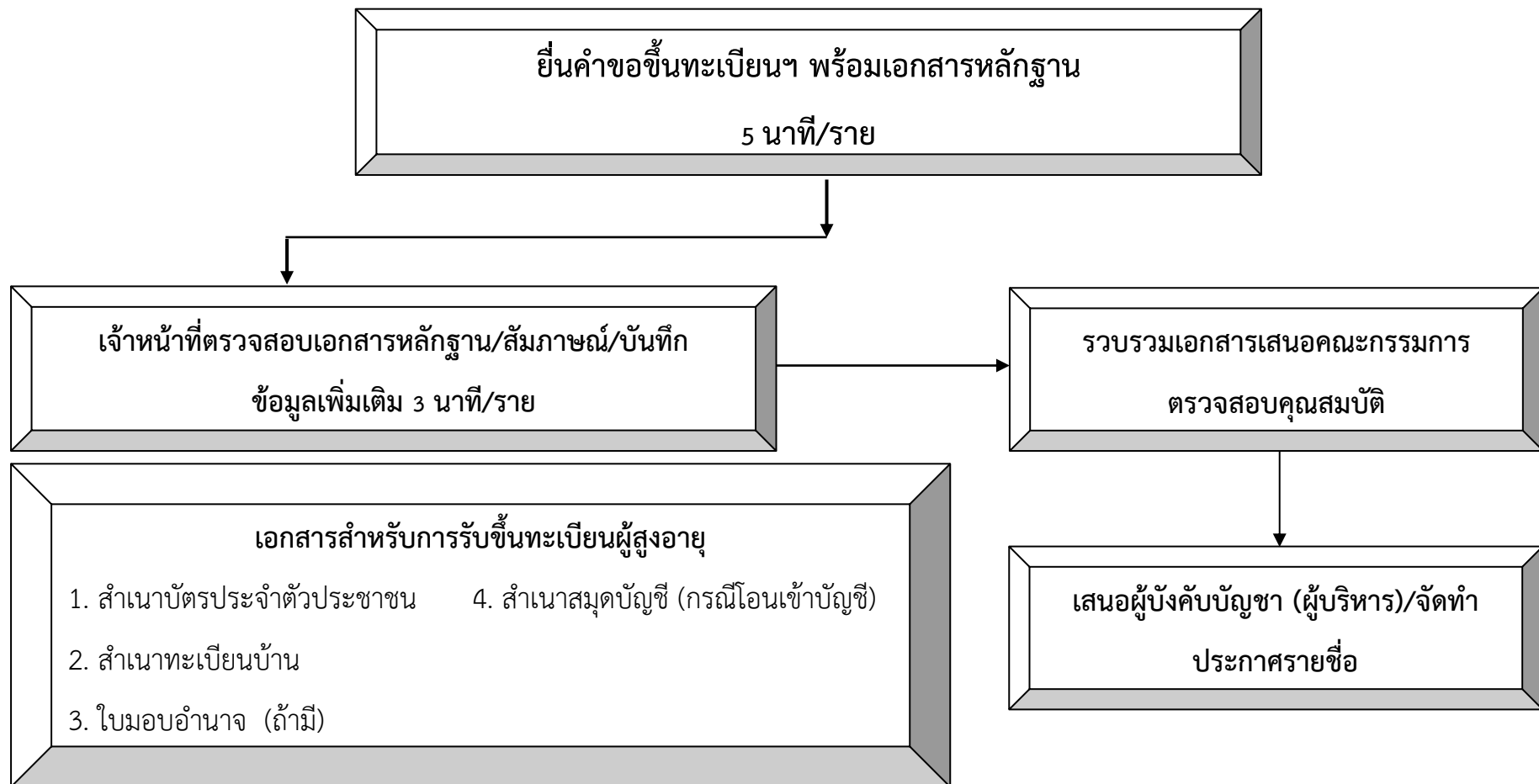
3. ช่วยเหลือ

ช่วยเหลือเป็นเงินในการจัดการศพผู้สูงอายุ
รายละ 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)
โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้มีสิทธิรับ

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลคลองเรือ

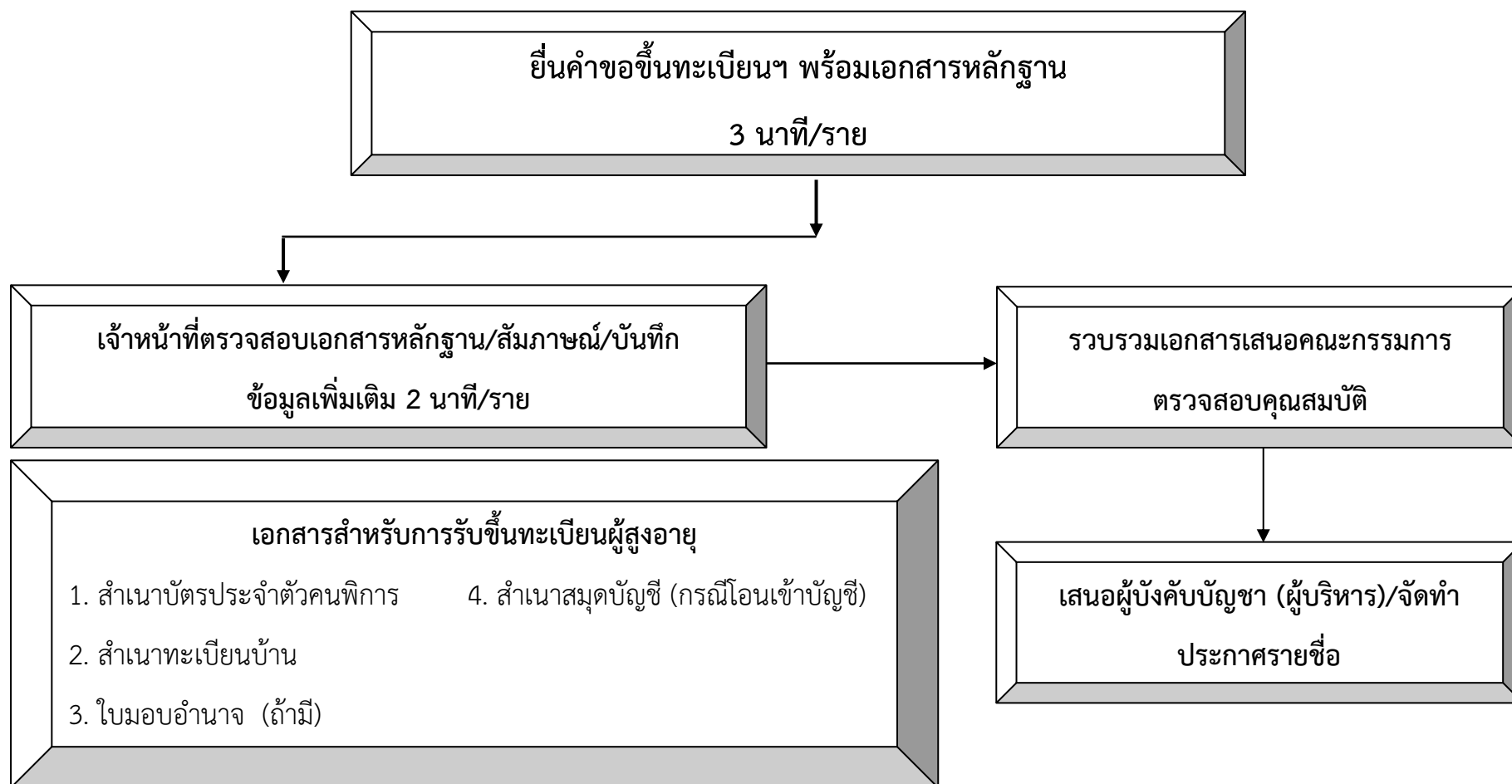
ภาคผนวก

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ)



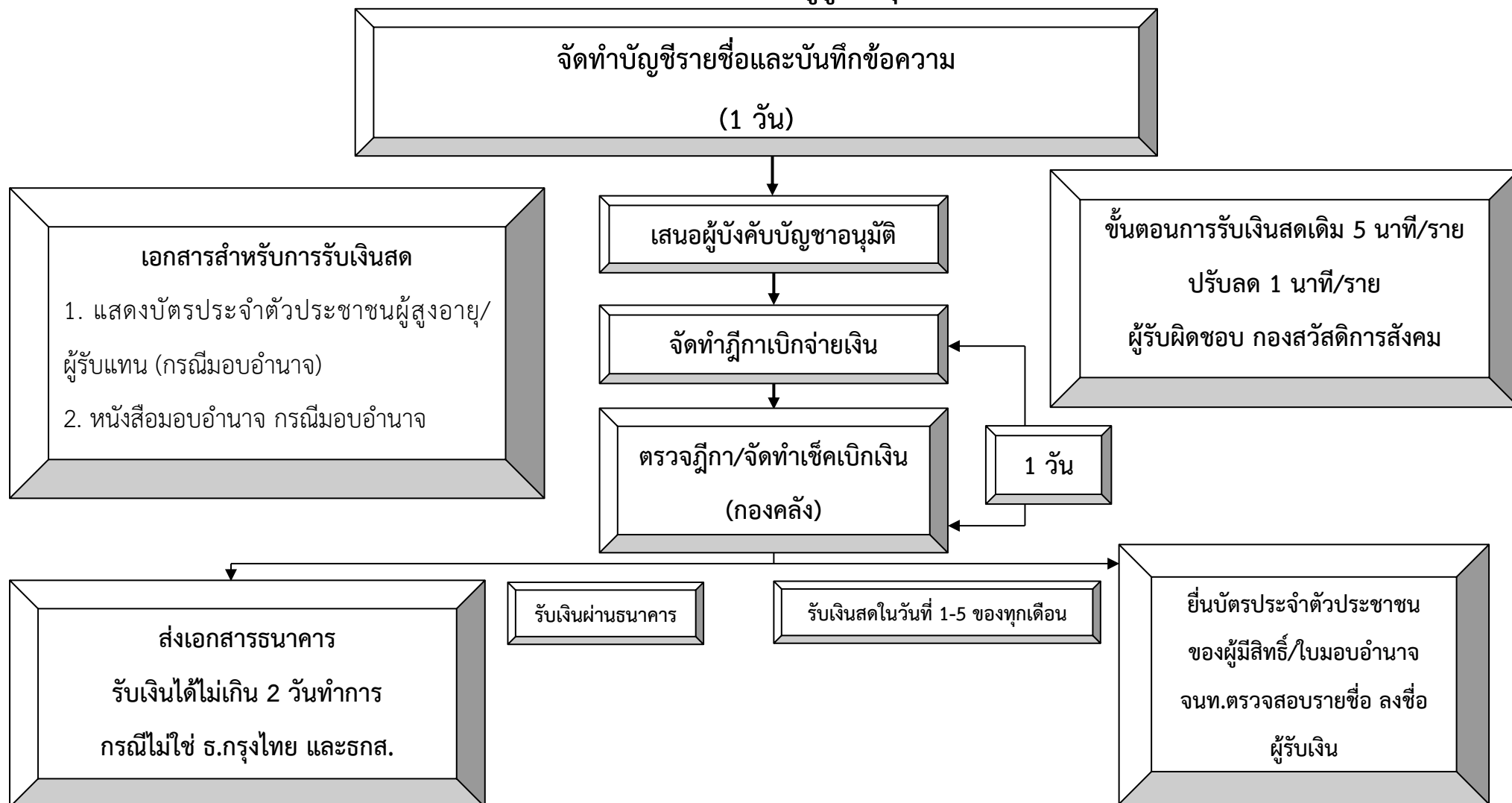
ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ เดิม ๑๐ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๓-๕ นาที/ราย

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ)

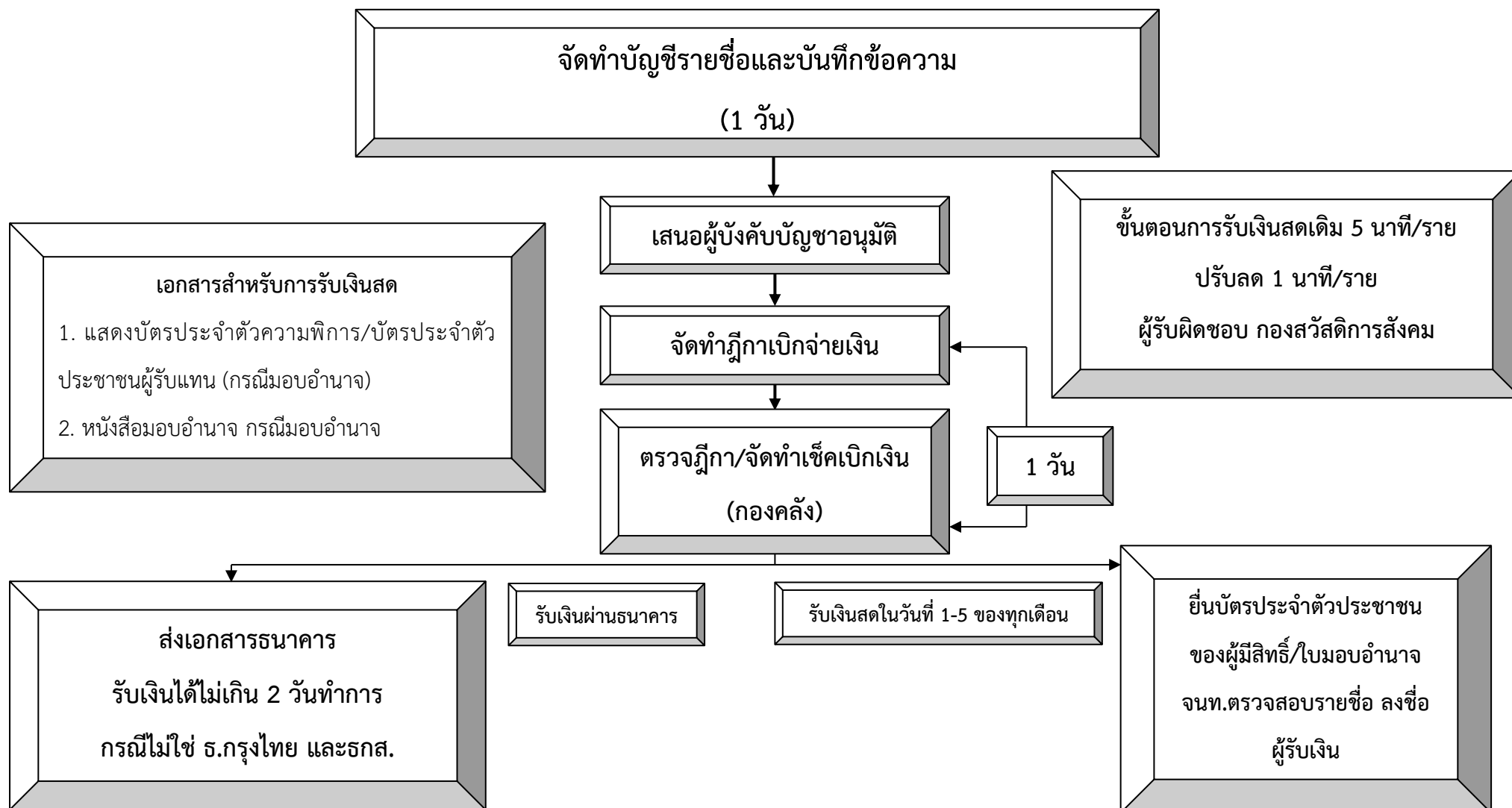


ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ เดิม ๑๐ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๓-๕ นาที/ราย

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การเบิก-จ่ายเบี้ยผู้สูงอายุ)



แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การเบิก-จ่ายเบี้ยความพิการ)



(ตัวอย่างแบบฟอร์มการลงทะเบียน)

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๕

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ลงทะเบียน
 ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
 ๐-๐๐๐๐-๐๐๐๐๐๐-๐๐-๐ ที่อยู่.....
โทรศัพท์.....

วันที่.....๕.....เดือน.....มกราคม.....พ.ศ.....๒๕๖๕

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

เกิดวันที่.....๒๕.....เดือน.....สิงหาคม.....พ.ศ.....๒๕๐๕.....อายุ.....๕๙.....ปี สัญชาติ.....ไทย.....มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียน

บ้านเลขที่.....๑๑๑.....หมู่ที่/ชุมชน.....๑.....ตำบล.....คลองเรือ.....อำเภอ.....วิหารแดง.....จังหวัด.....สระบุรี.....รหัสไปรษณีย์.....๑๘๑๕๐

โทรศัพท์.....๐๘๑-๐๐๐๐๐๐๐.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ ๐-๐๐๐๐-๐๐๐๐๐๐-๐๐-๐

สถานภาพ ☐ โสด ☒ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ.....

อาชีพ.....รับจ้าง.....รายได้ต่อเดือน.....๕,๐๐๐.....บาท

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการของรัฐ

☒ ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์☐ ได้รับการสงเคราะห์ความพิการ☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อวันที่.....

ย้ายมาจาก.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ☒ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน☒ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยผู้สูงอายุผ่านธนาคาร☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ☒ บัญชีเงินฝากธนาคาร ธ.ก.ส. สาขา.....วิหารแดง.....บัญชีเลขที่.....๐๑๒๓๔๕๖๗๘๙.....

ชื่อบัญชี.....นายคนดี.....ใจงาม.....

☒ “ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ บำเหน็จรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

☒ “ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นและยินยอมให้ตรวจสอบ ข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ).....นายคนดี.....ใจงาม.....

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

(ลงชื่อ).....

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย✓ในช่อง.....หน้าข้อความที่ต้องการ

สำหรับเจ้าหน้าที่ลงลายมือ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ <u>นาย/นาง/นางสาว/</u> <u>คนดี ใจงาม</u> หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน <u>๐-๐๐๐๐-๐๐๐๐๐-๐๐-๐</u> แล้ว ☒ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน สำหรับเจ้าหน้าที่ลงลายมือ	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองคการบริหารส่วนตำบลชะอม คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) สำหรับเจ้าหน้าที่ลงลายมือ
คำสั่ง ☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่นๆ (ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง..... ลงวันที่.....	

ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้เพื่อเป็นหลักฐานในการลงทะเบียน

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๔

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่ผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน โดยได้รับตั้งแต่เดือน กันยายน ๒๕๖๔ เป็นต้นไป กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ นับตั้งแต่วันที่ย้ายแต่ไม่เกินเดือนพฤศจิกายนของปีนั้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมจนสิ้นปีงบประมาณที่ได้ลงทะเบียนไว้ และรับที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ในปีงบประมาณถัดไป

*****หากมีข้อสงสัยประการใด ติดต่อได้ที่ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลคลองเรือ อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี เบอร์โทรศัพท์ ๐-๓๖๒๗-๗๖๐๐ ต่อ ๒๑*****

สำหรับเจ้าหน้าที่



แบบคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปถ่าย
คนพิการ

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

- ☐ ขอมิบัตรครั้งแรก
☐ ขอมิบัตรเนื่องจาก
- | | |
|---|--|
| ☐ บัณฑิตหมดอายุ | ☐ ขำจุต |
| ☐ สูญหาย | ☐ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ |
| ☐ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ | |

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

๑.๑ คำนำหน้านาม ☐ 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

- ๒ -

๓.๑๔ ประเมินความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

- ☐ ทางการเห็น ☐ ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
☐ ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ ทางสติปัญญา ☐ ทางการเรียนรู้ ☐ ทางอัตลักษณ์

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ☐ ไม่มี ☐ มี (กรอกข้อมูลข้อ ๓.๒)

๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(๑) คำนาม นามาน ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ(ระบุ)

(๒) ชื่อ..... นามสกุล.....

(๓) เลขประจำตัวประชาชน - -

เลขหนังสือเดินทาง (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)

(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ☐ บิดมารดา ☐ บุตร ☐ สามเณรภรรยา ☐ พี่น้อง

☐ ผู้อาศัยอาศัย ☐ ลูกพี่ลูกน้อง ☐ 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 เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน ☐ เห็นควร ☐ ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

☐ อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ

☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

☐ ความเห็นอื่น ๆ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

เอกสารรับรองความพิการ โดยพิจารณาจากความบกพร่อง

เลขที่.....

สถานที่..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิงใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....สังกัด.....

ได้ประเมิน ด.ช. / ด.ญ. / นาย / นาง / นางสาว เลขประจำตัวประชาชน

ประเภทความบกพร่อง	หัวข้อพิจารณา	ผลการประเมิน		ระบุรายละเอียดลักษณะความบกพร่อง / พิการ	การเกิดความบกพร่อง / พิการ	สาเหตุของความบกพร่อง / พิการ
		ไม่บกพร่อง	บกพร่อง			
๑. ทางการเห็น	- การเห็นของสายตา			() ตามปกติ	() ตั้งแต่เกิด	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ
	- ลานสายตา			() ตามเส้นตรง	() ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	() อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
๒. ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย	- การได้ยินเสียง			() หูหนวก	() ตั้งแต่เกิด	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ
	- การเข้าใจภาษาพูด			() หูตึง	() ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	() อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ.....
	- การใช้ภาษาพูด			() สื่อความหมาย		() ไม่ทราบสาเหตุ
๓. ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย	- การเคลื่อนไหว มือ แขน ขา หรือ เท้า			() การเคลื่อนไหว	() ตั้งแต่เกิด	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ
	- ลักษณะทั่วไปของร่างกาย			() ขาด ระบุ..... () อ่อนแรง ระบุ..... () อื่น ๆ ระบุ..... () ร่างกาย ระบุ.....	() ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	() อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
๔. ทางจิตใจ หรือพฤติกรรมหรือออทิสติก	- สภาวะทางจิต หรือพฤติกรรม				() ตั้งแต่เกิด	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ
	- กลุ่มออทิสติก				() ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	() อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
๕. ทางสติปัญญา	- ความสามารถทางสติปัญญา			() พัฒนาการ	() ตั้งแต่เกิด	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ
				() สติปัญญา	() ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	() อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
๖. ทางการเรียนรู้	- ความสามารถทางการเรียนรู้				() ตั้งแต่เกิด	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ
					() ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	() อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ

สรุปผลการวินิจฉัย โดยพิจารณาจากความบกพร่องตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ปรากฏว่าผู้ถูกประเมิน

() ไม่มีความพิการ () มีความพิการ

ความเห็น () ส่งต่อเจ้าหน้าที่เพื่อขอมีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมาย

() ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ระบุ.....

() ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ระบุ.....

() ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ระบุ.....

() ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ระบุ.....

() อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประทับตรา
โรงพยาบาล

- 2 -

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□ □ แล้ว ☐ เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ☐ เป็นผู้ที่ไม่มีความประพฤติเรียบร้อย เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีตำบลปางปาว คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)
คำสั่ง ☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่น ๆ (ลงชื่อ) นายก เทศมนตรี/นายก อบต. วัน/เดือน/ปี	

ตัดตามรอยประให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564 โดยจะได้รับเงิน เบี้ยความพิการ ในเดือนถัดไป ในอัตราเดือนละ 800 บาท ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ ต่อเนื่อง

ตัวอย่าง

แบบฟอร์มหนังสือมอบอำนาจการรับเบี้ยยังชีพ

หนังสือมอบอำนาจ	
	ที่.....
	วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มีสิทธิได้รับเบี้ย.....	
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....	เลขที่.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....	จังหวัด.....
โทรศัพท์.....	
ขอมอบอำนาจให้.....เกี่ยวพันเป็น.....	
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....	เลขที่.....ออกให้ ณ.....
เมื่อวันที่.....	อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....	จังหวัด.....โทรศัพท์.....
เป็นผู้มีอำนาจ.....ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ.....แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ	
ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจให้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้	
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น	
เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว	
ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ/ผู้สูงอายุ	
(.....)	
ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ	
(.....)	
ลงชื่อ.....พยาน	
(.....)	
ลงชื่อ.....พยาน	
(.....)	

ตัวอย่าง แบบฟอร์มขอเปลี่ยนแปลงการรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

เขียนที่.....องค์การบริหารส่วนตำบลชะอม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงการรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลชะอม

ตามที่ องค์การบริหารส่วนตำบลชะอม ได้จ่ายเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ.....
ให้ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตำบลคลองเรือ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดสระบุรี ซึ่งได้รับเงินสงเคราะห์โดยวิธี

รับเงินสด

โอนบัญชีธนาคาร ตามบัญชีธนาคาร.....

ชื่อบัญชี.....หมายเลขบัญชี.....

เนื่องจาก.....

ข้าพเจ้าจึงขอเปลี่ยนแปลงการรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ โดยขอรับเป็นวิธี

รับเงินสด

โอนเข้าบัญชีธนาคาร ตามบัญชีธนาคาร.....

ชื่อบัญชี.....หมายเลขบัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)



ตัวอย่างแบบลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (แบบ ดร.๐๑)



แบบ ดร.01

แบบคำร้องขอลงทะเบียน เพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ปีงบประมาณ

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

1. ข้อมูลผู้ลงทะเบียน ☐ เป็นผู้ลงทะเบียนตามโครงการเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
 - 1.1 ☐ 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 - -

โทรศัพท์บ้าน - - โทรศัพท์มือถือ - -
 - 1.7 ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ใช้ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

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

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์บ้าน - - โทรศัพท์มือถือ - -
 - 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.....
 - ข้อมูลมารดา
 - 2.4 ☐ เด็กหญิง ☐ นาง ☐ นางสาว.....
 - 2.5 เลขประจำตัวประชาชน - - - -
 - 2.6 อายุ.....ปี
 - 2.7 สัญชาติ.....
 - 2.8 อาชีพ ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ ประกอบอาชีพ ระบุ.....
 - 2.9 การศึกษา ☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ กำลังศึกษา..... ☐ จบการศึกษา (สูงสุด).....

ข้อมูลบิดา

- ☐ ไม่ปรากฏบิดา
- 2.10 ☐ เด็กชาย ☐ นาย.....
 - 2.11 เลขประจำตัวประชาชน - - - -
 - 2.12 อายุ.....ปี
 - 2.13 สัญชาติ.....
 - 2.14 อาชีพ ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ ประกอบอาชีพ ระบุ.....
 - 2.15 การศึกษา ☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ กำลังศึกษา..... ☐ จบการศึกษา (สูงสุด).....

-2-

3. ช่องทางการรับเงินอุดหนุน (เลือกเพียง 1 ธนาคาร)

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

4. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- ☐ 4.1 แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.01)
☐ 4.2 แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.02)
☐ 4.3 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง
☐ 4.4 สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
☐ 4.5 สำเนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (เฉพาะหน้าที่ปรากฏชื่อหญิงตั้งครรภ์)
 ในกรณีที่สมุดสูญหายให้ใช้สำเนาหน้า 1 ประวัติหญิงตั้งครรภ์พร้อมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูล และรับรองสำเนา
☐ 4.6 สำเนาหน้าแรกของสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
 (ธนาคารกรุงไทย หรือธนาคารออมสิน หรือธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร)
☐ 4.7 หนังสือรับรองรายได้หรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่มีรายได้ประจำเป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ
 พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท) จำนวน.....ใบ
☐ 4.8 สำเนาเอกสาร หรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรองคนที่ 1
 และผู้รับรองคนที่ 2

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของ
 ข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ยินยอมให้นำข้อมูลในบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อ
 ตรวจสอบสถานะบุคคลในฐานะข้อมูลทะเบียนราษฎร ข้อมูลทางการเงินและทรัพย์สิน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ
 ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินในส่วนที่รับไปโดยไม่มีสิทธิ หรือยินยอมให้หักจากสวัสดิการอื่น หรือหักจากบัญชีเงินฝากธนาคารของข้าพเจ้าได้
 ในการนี้ข้าพเจ้ายินดีรับข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็กผ่านช่องทางต่าง ๆ

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

(.....) (.....)

วันที่ลงทะเบียน..... ตำแหน่ง.....

วันที่ลงทะเบียน.....

ติดตามรอยไป

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)
☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง
☐ สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
☐ สำเนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (เฉพาะหน้าที่ปรากฏชื่อหญิงตั้งครรภ์)
 ในกรณีที่สมุดสูญหายให้ใช้สำเนาหน้า 1 ประวัติหญิงตั้งครรภ์พร้อมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูล และรับรองสำเนา
☐ สำเนาหน้าแรกของสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
 (ธนาคารกรุงไทย ธนาคารออมสิน ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร)
☐ หนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ
 พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท หรือผู้มีรายได้ประจำ) จำนวน.....ใบ
☐ สำเนาเอกสาร หรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรอง
 คนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน

(.....)

แบบ คร.02



แบบรับรองสถานะของครัวเรือน
ตารางแสดงจำนวนสมาชิกและรายได้ของครัวเรือน

ส่วนที่ 1 : ผู้ลงทะเบียน

ข้อมูลสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่จริงของผู้ลงทะเบียน

(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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายชื่อที่ปรากฏข้างต้น เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 180 วัน ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และสถานะของครัวเรือนของข้าพเจ้าเมื่อคำนวณแล้วมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง และยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถาม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ในบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้า หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตรงความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ระงับสวัสดิการและประโยชน์อื่น ๆ รวมทั้งคืนเงินที่ได้รับ

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน

(.....)

วันที่ลงทะเบียน.....

- หมายเหตุ : 1) รายได้เฉลี่ยคำนวณจากรายได้รวมของครัวเรือนหารด้วยจำนวนสมาชิกทั้งหมดของที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้น โดยนับรวมรายได้ในรอบปีของสมาชิกทุกคนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้นติดต่อกันไม่น้อยกว่า 180 วันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยให้นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย ซึ่งสมาชิกของครัวเรือนมีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติโดยสายโลหิต หรือ อยู่กินด้วยกันฉันสามีภรรยา หรือด้วยเหตุอื่นตามกฎหมาย แต่ไม่นับรวมผู้ซึ่งเป็นลูกจ้างหรือผู้ซึ่งได้อนุญาตให้อยู่อาศัยด้วย
- 2) กรณีสมาชิกในครัวเรือนเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานบริษัท ผู้มีรายได้ประจำ ให้แนบหนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือนของผู้มีรายได้ประจำ ด้วยทุกคน
- 3) กรณีสมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐทุกคน ไม่คือมีผู้รับรองสถานะของครัวเรือน

-2-

ส่วนที่ 2 : ผู้รับรอง

ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 1 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)
ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว นามสกุล..... ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน โทรศัพท์..... ☐ รับรอง ผู้ลงทะเบียนอาศัยอยู่ในพื้นที่ของข้าพเจ้า เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น ☐ ไม่รับรอง เนื่องจาก..... (ลงชื่อ) ผู้รับรองคนที่ 1 (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....
หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 1 : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมืองพัทยา อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร คณะกรรมการชุมชนของกรุงเทพมหานคร ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนั้น กรณีกรุงเทพมหานคร หากไม่มีผู้รับรองคนที่ 1 ให้ข้าราชการที่ดำรงตำแหน่งในระดับปฏิบัติการขึ้นไปหรือเทียบเท่าที่ปฏิบัติงานที่ในกรุงเทพมหานครเป็นผู้รับรองได้
ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 2 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)
ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว นามสกุล..... ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน โทรศัพท์..... ☐ รับรอง ผู้ลงทะเบียนอาศัยอยู่ในพื้นที่ของข้าพเจ้า เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น ☐ ไม่รับรอง เนื่องจาก..... (ลงชื่อ) ผู้รับรองคนที่ 2 (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....
หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 2 : ประธานอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำตำบล ประธานชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการสถานบริการสาธารณสุขในระดับตำบล ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่นที่ดำรงตำแหน่งในระดับปฏิบัติการขึ้นไป หรือเทียบเท่า ที่ปฏิบัติงานในท้องที่หรือท้องถิ่นแห่งนั้น (ต้องมีใช้ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน)
ส่วนที่ 3 : การปิดประกาศ (สำหรับหน่วยงานรับลงทะเบียน) เด็กหญิง/เด็กชาย/นาย/นางสาว..... เป็นผู้ปกครองที่มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ที่ได้ปิดประกาศ 15 วันแล้ว ตามประกาศ (ชื่อ อปท.)..... ลงวันที่..... ลำดับที่..... (ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน (.....) วันที่.....

ตัวอย่างแบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตาม ประเพณี



แบบ ศสส. 01

แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

เขียนที่ _____

วัน _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ส่วนที่ 1 : สำหรับผู้ยื่นขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) _____ อายุ _____ ปี
เลขบัตรประจำตัวประชาชน _____ ออกให้โดย _____ วันออกบัตร _____
วันหมดอายุ _____ อาชีพ _____ อยู่บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ต.รอก/ชอ. _____
ถนน _____ ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____
รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____ โทรศัพท์มือถือ _____

มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ตายในฐานะเป็น _____ และเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุ โดยได้รับความยินยอมจากบิดา/มารดา/บุตร/พี่น้อง/เครือญาติ/ของผู้สูงอายุที่ตายให้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพ ของผู้สูงอายุที่ตาย ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) _____ อายุ _____ ปี
เลขบัตรประจำตัวประชาชน _____ ออกให้โดย _____ วันออกบัตร _____
วันหมดอายุ _____ อาศัยอยู่บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ต.รอก/ชอ. _____ ถนน _____
ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
โทรศัพท์ _____ โทรศัพท์มือถือ _____

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าไม่เคยได้รับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุรายนี้มาก่อน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

(ลงชื่อ) _____ ผู้ยื่นคำขอ

(_____)

วันที่ _____ / _____ / _____

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้ให้การรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

เขียนที่ _____

วัน _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) _____ ตำแหน่ง _____
สังกัดหน่วยงาน _____ เลขบัตรประจำตัวประชาชน _____
ออกให้โดย _____ วันออกบัตร _____ วันหมดอายุ _____
อยู่บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ต.รอก/ชอ. _____ ถนน _____ ตำบล/แขวง _____
อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____

ขอรับรองว่าผู้ยื่นคำขอดังกล่าวเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุรายนี้จริง

(ลงชื่อ) _____ ผู้รับรอง

(_____)

ตำแหน่ง _____

วันที่ _____ / _____ / _____

แบบ คสส. 01

(ด้านหลัง แบบ คสส. 01)

คำชี้แจง

1. ผู้ยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรม ซึ่งได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้องของผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรม ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่มีญาติ บุคคลที่รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุเป็นผู้ยื่นคำขอรับเงินค่าจัดการศพ เช่น ผู้ให้การดูแล ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น
2. ผู้ให้คำรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเภทนี้ หมายถึง นายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือประธานชุมชน หรือผู้อำนวยการสำนักงานเขต หรือนายอำเภอ หรือนายกเมืองพัทยา
3. คุณสมบัติผู้สูงอายุ
 - (1) มีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป
 - (2) มีสัญชาติไทย
 - (3) ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวที่ยากจนตามข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย หรือกรุงเทพมหานคร หรือเมืองพัทยา
 - (4) ไม่มีญาติ หรือมีญาติแต่มีฐานะยากจนไม่สามารถจัดการศพตามประเภทนี้ได้ ผู้สูงอายุยากจนและไม่ได้รับการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย หรือกรุงเทพมหานคร หรือเมืองพัทยา
4. หลักฐานการยื่นคำขอ
 - (1) ใบรณบัตรของผู้สูงอายุพร้อมสำเนาจำนวนหนึ่งฉบับ
 - (2) บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายและเลขประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอพร้อมสำเนาจำนวนหนึ่งฉบับ
 - (3) หนังสือรับรองว่าผู้ยื่นคำขอเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพตามประเภทนี้
5. การยื่นคำขอ (ภายใน 30 วัน นับตั้งแต่วันออกใบรณบัตร) ยื่นคำขอในท้องที่ที่ผู้สูงอายุมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านหรือภูมิลำเนาที่ถึงแก่ความตาย ในขณะถึงแก่ความตาย ดังต่อไปนี้
 - (1) ในกรุงเทพมหานคร ให้ยื่นคำขอที่สำนักงานเขต สังกัดกรุงเทพมหานคร
 - (2) ในจังหวัดอื่น ให้ยื่นคำขอต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หรือที่ว่าการอำเภอ หรือเมืองพัทยา หรือเทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบล
6. ผู้ยื่นคำขอและผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน

สารพันคำถาม

ถาม

ผู้สูงอายุที่อยู่ในคุกสามารถขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุได้หรือไม่ ?

ตอบ

ขึ้นทะเบียนได้

บุคคลที่เป็นโรคเรื้อนและได้รับเงินจากกรมควบคุมโรคสามารถขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุได้หรือไม่?

ถาม

ถ้าผู้สูงอายุรับเงินเบี้ยคนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ อยู่แล้วจะสามารถขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุและรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้หรือไม่

ตอบ

ขึ้นทะเบียนได้และสามารถรับเงินได้

ถาม

พระภิกษุสงฆ์สามารถขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุได้หรือไม่

ตอบ ขึ้นทะเบียนได้ ยกเว้นพระภิกษุสงฆ์ที่ได้รับเงินเดือน(เงินนิตยภัต) เช่น เจ้าอาวาส เจ้าอาวาส เจ้าคณะตำบล เป็นต้น

ถาม

ข้าราชการที่รับเงินบำเหน็จ สามารถขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุได้หรือไม่

ตอบ

ขึ้นทะเบียนได้

ถาม

ผู้ที่ดำรงตำแหน่งทางการเมือง นายก อบต., รองนายก อบต., สมาชิกสภา, กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน สามารถขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุได้หรือไม่

ตอบ

ขึ้นทะเบียนไม่ได้ เนื่องจากมีเงินเดือนประจำ แต่เมื่อพ้นจากตำแหน่งแล้ว สามารถมาขึ้นทะเบียนได้

ถาม

ถ้าผู้สูงอายุอาศัยอยู่ที่ต่างประเทศ แต่ยังมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในประเทศไทย สามารถขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุได้หรือไม่

ตอบ

สามารถขึ้นทะเบียนได้

ถาม

ผู้สูงอายุที่รับเบี้ยยังชีพอยู่แล้ว สามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการรับเงินได้หรือไม่

ตอบ

ได้ค่ะ โดยมายื่นความประสงค์ได้ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลคลองเรือ

กองสวัสดิการสังคม อบต.คลองเรือ

ลดปัญหาความเหลื่อมล้ำ พัฒนาคุณภาพชีวิตให้แก่ประชาชน
บริการประชาชนดูจตุรฤทัย สัมพันธภาพเพื่อประโยชน์ส่วนรวม



มีข้อสงสัย นอกเหนือจากคู่มือการปฏิบัติงาน ติดต่อสอบถามได้ที่
กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลคลองเรือ



โทร. ๐๓๖-๒๗๗๖๐๐ ต่อ ๒๑