



# คู่มือ

## การปฏิบัติงาน

การรับลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

การรับลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

การรับคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

สำหรับ

นักพัฒนาชุมชน

## คำนำ

องค์การบริหารส่วนตำบลท่าชุมพล งานพัฒนาชุมชน มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับ ผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าชุมพลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลเหล่านี้ รวมทั้งมี บทบาทหน้าที่ในการดำเนินการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนคนพิการเพื่อรับ เงินเบี้ยความพิการ และรับคำร้องผู้ป่วยเอดส์เพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพฯ ให้กับบุคคล ดังกล่าว โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กร ปกครอง ส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ ชัดเจน ซึ่งจะ นำไปสู่ความสะดวกรวดเร็ว และถูกต้องในการขอรับบริการ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าชุมพลจึงได้จัดทำ คู่มือการ ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ การยื่นคำร้องเพื่อ รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ขึ้น องค์การบริหารส่วนตำบลท่าชุมพล หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับรวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่ง จะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนที่มาขอรับบริการ

งานกองสวัสดิการสังคม  
องค์การบริหารส่วนตำบลท่าชุมพล

## สารบัญ

	หน้า
1. ขั้นตอนการลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๑
ช่องทางการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๒
การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแบบขั้นบันได	๓
การสิ้นสุดการได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๓
กรณีผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ในพื้นที่อื่น	๔
2. ขั้นตอนการลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ	๕
ช่องทางการรับเงินเบี้ยความพิการ	๖
อัตราการจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	๗
การสิ้นสุดการได้รับเงินเบี้ยความพิการ	๗
กรณีคนพิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ในพื้นที่อื่น	๘
3. การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์	๙
อัตราการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	๙
4. ภาคผนวก	๑๐

## ขั้นตอนการลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

### ขั้นตอนการลงทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑. ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุพร้อมเอกสารหลักฐาน
๒. เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียนตรวจสอบเอกสารหลักฐาน สัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลเพิ่มเติม

### คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

๓. มีสัญชาติไทย
๔. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าชุมพล (ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน)
๕. มีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป (ปัจจุบันอายุ ๕๙ ปีบริบูรณ์ และต้องเกิดเมื่อวันที่ ๑ ตุลาคม) ซึ่งได้ลงทะเบียน และยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์การบริหารส่วนตำบลวัดเพลง
๖. ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์ใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถาน สงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบ กระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘

### เอกสารสำหรับการลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน
๓. สำเนาสมุดบัญชี (กรณีรับเงินผ่านบัญชีธนาคาร)
๔. หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามี)

**หมายเหตุ :** กรณีผู้สูงอายุ ที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่น คำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อที่องค์การบริหารส่วนตำบลท่าชุมพล พร้อมสำเนาบัตร ประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

\*\*\*สามารถขอรับแบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและยื่นเอกสารประกอบได้ที่ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลท่าชุมพล\*\*\*

ช่องทางการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



**รับเงินสดด้วยตนเอง**



**รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบ  
อำนาจจากผู้มีสิทธิ**



**โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารใน  
นามผู้มีสิทธิ**




**โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนาม  
บุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ**

## การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแบบขั้นบันได

ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือน สำหรับผู้สูงอายุ (แบบขั้นบันได)

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

**การนับอายุว่าจะอยู่ในขั้นที่เท่าไรให้นับ ณ วันที่ 30 กันยายนเท่านั้น โดยคำนวณตามปีงบประมาณ มิใช่ปีปฏิทินและไม่มีการเพิ่มของอายุระหว่างปี**

 **การนับรอบปีงบประมาณ คือ 1 ตุลาคม - 30 กันยายน เช่น**  
**ปีงบประมาณ 2564 จะเริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563 - 30 กันยายน 2564**  
**ปีงบประมาณ 2565 จะเริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2564 - 30 กันยายน 2565**

### การสิ้นสุดการได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

สิทธิของผู้ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ สิ้นสุดลงในกรณีดังต่อไปนี้

๑. ตาย
๒. ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖
๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นหนังสือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีสิทธิได้รับ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



กรณีผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ในพื้นที่อื่น



ผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพกับองค์การบริหารส่วนตำบลท่าชุมพล ภายหลังได้ย้ายภูมิลำเนาไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต้องไปแจ้งขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายน แต่สิทธิในการรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุจะยังคงอยู่ที่องค์การบริหารส่วนตำบลท่าชุมพลจนถึงสิ้นปีงบประมาณ (เดือนกันยายน)



กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนา ไม่ได้ไปลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ย ยังชีพผู้สูงอายุที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ (ภายในเดือนพฤศจิกายน) ทำให้ ไม่มี สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากองค์การบริหารส่วนตำบลท่าชุมพลและองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นแห่งใหม่ ดังนั้น หากมีการย้ายภูมิลำเนาผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุต้องไปยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น แห่ง ใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายนของปีนั้น ๆ

## ขั้นตอนการลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ

### ขั้นตอนการลงทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ

๑. ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการพร้อมเอกสารหลักฐาน
๒. เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียนตรวจสอบเอกสารหลักฐาน สัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลเพิ่มเติม

### คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ

คนพิการซึ่งจะมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าชุมพล (ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน)
๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

### เอกสารสำหรับการลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑. บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ พร้อมสำเนา
๒. ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา
๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (กรณีรับเงินผ่านบัญชีธนาคาร)
๔. หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามี)

**หมายเหตุ :** กรณีคนพิการ ที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ ผู้ดูแลคนพิการเป็นผู้ยื่นคำขอแทนได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับองค์การบริหารส่วนตำบลท่าชุมพล พร้อมสำเนา บัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจและผู้มอบอำนาจ



ช่องทางการรับเงินเบี้ยความพิการ



**รับเงินสดด้วยตนเอง**



**รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบ  
อำนาจจากผู้มีสิทธิ**



**โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารใน  
นามผู้มีสิทธิ**



**โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนาม  
บุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ**

อัตราการจ่ายเบี้ยความพิการขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

ช่วงอายุ	จำนวนเงิน
อายุต่ำกว่า ๑๘ ปี	๑,๐๐๐
อายุ ๑๘ ปีบริบูรณ์หรือมากกว่า	๘๐๐

อ้างถึงหนังสือ ด่วนที่สุด ที่ รบ ๐๐๒๓.๓/ว ๒๕๕๖๖ เรื่องซักซ้อมแนวทางการดำเนินการจ่ายเงินเบี้ยความ พิการที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๒๘ เมษายน ๒๕๖๓

ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๒๘ เมษายน ๒๕๖๓ โดยให้คนพิการที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี ในวันที่ ๑ ของเดือน ในเดือนนั้นจะมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการ ๑,๐๐๐ บาท หากในวันที่ ๑ ของเดือน คนพิการมีอายุ ๑๘ ปีบริบูรณ์ หรือมากกว่า ในเดือน นั้นจะมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการ ๘๐๐ บาท

การสิ้นสุดการได้รับเงินเบี้ยความพิการ

สิทธิของผู้ได้รับเงินเบี้ยความพิการตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความ พิการให้คนพิการขององค์การ ปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ สิ้นสุดลงในกรณีดังต่อไปนี้

๑. ตาย
๒. ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖
๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยความพิการเป็นหนังสือต่อองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีสิทธิได้รับเบี้ย ความพิการ



กรณีคนพิการที่ได้รับเบี้ยความพิการจากองค์การบริหารส่วนตำบลท่าชุมพลย้ายภูมิลำเนาไปอยู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ให้คนพิการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนมีภูมิลำเนาซึ่งจะต้องติดต่อยื่นคำขอภายในเดือนที่มีการย้ายภูมิลำเนา และคนพิการจะได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ในเดือนถัดไป



กรณีคนพิการที่ได้รับเบี้ยความพิการและมีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงวัยร่วมด้วย เมื่อติดต่อยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการและเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่แล้วนั้น **เบี้ยความพิการผู้มีสิทธิจะได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่แต่เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุนั้นยังคงรับจากองค์การบริหารส่วนตำบลท่าชุมพลจนถึงปีงบประมาณ (เดือนกันยายน)**

## การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกโดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าชุมพล
๓. การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์สามารถยื่นคำร้องได้ที่ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลท่าชุมพล โดยนำหลักฐานประกอบการยื่นคำร้อง ดังนี้
  - (๑) ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
  - (๒) บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง พร้อมสำเนา
  - (๓) ทะเบียนบ้านฉบับจริง พร้อมสำเนา
๔. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ สามารถมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมา ดำเนินการแทนได้
๕. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายทะเบียนบ้าน) ไปอยู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อื่นที่ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่)
๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้องแจ้งให้กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลท่าชุมพล ทราบภายใน ๓ วันนับแต่วันที่เสียชีวิต เพื่อที่พนักงานสอบสวนท้องถิ่นจะได้ดำเนินการรายงานให้ผู้บริหาร ท้องถิ่นทราบและสั่งระงับการจ่ายเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพในงวดเบิกจ่ายถัดไป

### อัตราการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว และมีความเป็นอยู่ยากจน หรือถูกทอดทิ้งขาดผู้อุปการะ ดูแล ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ โดยผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิจะได้รับเบี้ยยังชีพคนละ ๕๐๐ บาทต่อเดือน

ภาคผนวก

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

ผู้ยื่นคำขอฯ [ ] แจ้งด้วยตนเอง [ ] ผู้ยื่นคำขอฯแทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....

กับผู้สูงอายุที่ลงทะเบียน ชื่อ-สกุล.....

เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ ---- ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....อาชีพ.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ ----

สถานภาพสมรส  โสด  สมรส  หม้าย  หย่าร้าง  แยกกันอยู่  อื่นๆ.....

ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ

ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์  ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย  สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ บำเหน็จรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (เดือน.....)และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

<p><b>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</b></p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>ได้ตรวจสอบคุณสมบัติหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน</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"/><input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/> ของ</p> <p>นาย/นาง/นางสาว.....</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ</p> <p>ดังนี้.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p style="text-align: center;">เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p><b>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</b></p> <p>เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลท่าชุมพล</p> <p>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว</p> <p>มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p>
<p><b>คำสั่ง</b></p> <p><input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>วัน/เดือน/ปี.....</p>	

ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน**ในอัตราแบบขั้นบันได ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน โดยจะมีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ในอัตราเดือนละ ..... บาท ตั้งแต่เดือน ..... พ.ศ..... เป็นต้นไป**

กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนา ไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายใน **เดือนกันยายน ของปีนั้น** ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อที่ กองสวัสดิการสังคม อบต.ท่าชุมพล

ทะเบียนเลขที่ ...../๒๕.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวกับคนพิการ  
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น  บิดา-มารดา  บุตร  สามเษภรรยา  พี่น้อง  ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ  
ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....  
เลขประจำตัวประชาชน ---- ที่อยู่.....  
.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าชุมพล  
วันที่ เดือน พ.ศ.

คำนำหน้านาม  เด็กชาย  เด็กหญิง  นาย  นาง  นางสาว  อื่นๆ (ระบุ) .....ชื่อ  
.....นามสกุล.....  
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .... อายุ.....ปี สัญชาติ..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน  
เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน..... หมู่บ้าน/ชุมชน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....  
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้คนพิการที่ยื่นคำขอ  -  -  -  -   
ประเภทความพิการ  ความพิการทางการเห็น  ความพิการทางสติปัญญา  
 ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย  ความพิการทางการเรียนรู้  
 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย  ความพิการทางอหิสติก  
 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่าร้าง  แยกกันอยู่  อื่น ๆ.....  
บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....  
ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ  ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ  เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่  
เมื่อ.....

ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์  
 ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตัวเอง  มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ  ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้  
 มีอาชีพ (ระบุ) .....รายได้ต่อเดือน (ระบุ) .....(บาท)  
มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)  
 รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ  
 โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ  
ธนาคาร.....สาขา.....เลขบัญชี --

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้  
 สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ  สำเนาทะเบียนบ้าน  
 สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร )  
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (ลายมือชื่อ).....  
(.....) (.....)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ



<p><b>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</b> เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ ..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ..... (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p><b>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</b> เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลท่าชุมพล คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน  กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)  กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)  กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p>
<p><b>คำสั่ง</b> <input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ..... ..... (ลงชื่อ)..... (.....) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าชุมพล วัน/เดือน/ปี ..... .....</p>	

**แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 25.....**

ผู้ยื่นคำขอฯ  แจ้งด้วยตนเอง  
 ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน  
 ชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน .....

ที่อยู่.....  
 โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....  
 เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....อายุ.....ปี สัญชาติ.....  
 มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....  
 ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ  .....  
 สถานภาพสมรส  โสด  สมรส  หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่  อื่นๆ .....  
 บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....  
 เกี่ยวข้องโดยเป็น  บิดา-มารดา  บุตร  สามเณร-ภรรยา  พี่น้อง  อื่นๆ .....  
 สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ  ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ  อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 25..... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

**พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้**

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

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

**หมายเหตุ** ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหน้าข้อความที่ต้องการ

**ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน**

เรียน คณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน  ..... แล้ว

เป็นผู้มิสิทธิครบถ้วน

เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) ..... เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

ตำแหน่ง.....

**ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลท่าชุมพล

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

สมควรรับขึ้นทะเบียน

ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

(.....)

กรรมการ

(.....)

กรรมการ

(.....)

กรรมการ

**คำสั่ง**

รับขึ้นทะเบียน

ไม่รับขึ้นทะเบียน

อื่นๆ.....

(.....)

นายองค์การบริหารส่วนตำบลท่าชุมพล

..... / ..... / .....

## ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. ผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าชุมพล
๓. การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ อบต.ท่าชุมพล โดยมีหลักฐานที่ต้องนำมา ดังนี้
  - ๓.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง
  - ๓.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
  - ๓.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
๔. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเอง จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้
๕. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุ และคนพิการด้วย สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด
๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้ว ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์จากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนาเท่านั้น
๗. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพฯ เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้องแจ้งให้ อบต.ท่าชุมพล ทราบภายใน ๓ วัน

## หนังสือมอบอำนาจ

ที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

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

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

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

เขต / อำเภอ ..... จังหวัด .....

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

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

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

เขต / อำเภอ ..... จังหวัด .....

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพ.....แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้า ได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ..... ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน  
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน  
(.....)

### หลักฐานประกอบของผู้รับมอบอำนาจ

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

สำเนาทะเบียนบ้าน

เอกสารอื่นๆ.....