



คู่มือปฏิบัติงานด้านสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์

: เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ :

จัดทำโดย

กองสวัสดิการสังคม
องค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง



สัญลักษณ์ผู้สูงอายุ



สัญลักษณ์คนพิการ



สัญลักษณ์วันเอดส์โลก

คำนำ

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์ คนไร้ที่พึ่ง และผู้ด้อยโอกาสทางสังคม ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับภาคประชาชน ดังนั้นเพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการ ได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็ว ถูกต้อง และอำนวยความสะดวกในการขอรับบริการในเรื่องต่างๆ องค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง จึงได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานด้านสวัสดิการสังคมขึ้น ตามกรอบการปฏิบัติราชการขององค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้ จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์ คนไร้ที่พึ่ง ผู้ด้อยโอกาสทางสังคม และภาคประชาชนมีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนที่มาขอรับบริการต่อไป

กองสวัสดิการสังคม
องค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง



บทที่ ๑

บทนำ

๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญในการจัดทำคู่มือ

คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual) เป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่งในการทำงาน ทั้งระดับหัวหน้างาน และผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นการจัดทำรายละเอียดของการทำงานในหน่วยงานนั้นๆ อย่างเป็นระบบและครบถ้วน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลายประการ เช่น การสอนงาน การตรวจงาน ตรวจสอบการทำงาน การควบคุมงาน การติดตามงาน และการประเมินผลการปฏิบัติงาน เป็นต้น ทั้งนี้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานขององค์กร เปรียบเสมือนแผนที่บอกเส้นทางการทำงาน ที่มีจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุด มีคำอธิบายตามที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานไว้อ้างอิงมิให้เกิดความผิดพลาดในการทำงาน

การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน ถือเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงาน ตามแนวทางของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบข้าราชการ (ก.พ.ร.) ที่มุ่งไปสู่การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อให้การทำงานของส่วนราชการได้มาตรฐานเป็นไปตามเป้าหมาย ได้ผลผลิต หรือการบริการที่มีคุณภาพ เสริมรวดเร็ว ทันตามกำหนดเวลานัดหมาย

๑.๒ วัตถุประสงค์

๑) เพื่ออธิบายขั้นตอนรายละเอียดของกระบวนการงานในความรับผิดชอบของกองสวัสดิการสังคม ให้ผู้ปฏิบัติงานทราบและเข้าใจว่าควรปฏิบัติงานอย่างไร เมื่อใด กับใคร และควรทำอะไรก่อนและหลัง โดยมีเอกสารอ้างอิงในการปฏิบัติงาน

๒) เพื่อให้การปฏิบัติงานของกองสวัสดิการสังคมขององค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง มีแนวทางการปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกัน และเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ได้ผลผลิตหรือการบริการที่คุณภาพ เสริมรวดเร็ว ทันตามกำหนดเวลานัดหมาย

๓) เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานด้านสวัสดิการสังคม หรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานดังกล่าว รวมทั้งผู้ที่สนใจใฝ่รู้ได้ทราบแนวทางการปฏิบัติงาน และสามารถนำไปใช้เป็นส่วนในการติดต่อประสานงาน

๔) เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับผู้บริหารใช้ในการทบทวนและตรวจติดตามงานได้ทุกขั้นตอน

๑.๓ ขอบเขต

คู่มือการปฏิบัติงานฉบับนี้ครอบคลุมขั้นตอนการปฏิบัติงานของกองสวัสดิการสังคมองค์การบริหารส่วน ตำบลต้นมะม่วงเฉพาะกระบวนการให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายต่างๆตามระเบียบกฎหมายที่ กำหนดได้กำหนดขอบเขตของกระบวนการในการพิจารณาผู้ขอรับความช่วยเหลือจากผู้ที่อาศัยในเขตพื้นที่และมี ทะเบียนบ้านอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง

๑.๔ กรอบแนวคิด

กระบวนการให้ความช่วยเหลือสวัสดิการสังคมและการสงเคราะห์ด้านต่างๆ

กระบวนการงานที่ ๑ กระบวนการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ผู้เกี่ยวข้อง		ความต้องการ
ผู้รับบริการ -ผู้สูงอายุ	ได้รับเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดตามสิทธิที่พึงได้รับ ทุกเดือน	
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย -ผู้ดูแลผู้สูงอายุ -ผู้รับมอบอำนาจรับเงิน	ได้รับเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดตามสิทธิที่พึงได้รับ ทุกเดือน	
ข้อกำหนดด้านกฎหมาย	ประสิทธิภาพของกระบวนการ	ความคุ้มค่า
<p>-ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๒ และแก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ ๔ พ.ศ.๒๕๖๒</p> <p>-พระราชบัญญัติผู้สูงอายุพ.ศ.๒๕๔๖</p> <p>-หนังสือสำนักการคลัง ที่ กท ๑๓๐๘/๒๕๗๑ ลว. ๑๗ เมษายน ๒๕๕๘ เรื่องเห็นชอบหลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการดำเนินการเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุฯ</p> <p>-หนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่มท ๐๘๑๐.๖/ว ๕๗๔๔ ลว. ๒๗ กันยายน ๒๕๖๒ เรื่อง ชักซ้อมแนวทางการรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔</p> <p>-หนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๑๐.๖/ว ๕๔๓๕ ลว. ๑๒ กันยายน ๒๕๖๒ เรื่อง ชักซ้อมแนวทางการปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วย หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๔) พ.ศ.๒๕๖๒ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วย หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๔) พ.ศ.๒๕๖๒</p>	<p>ผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพเป็นประจำทุกเดือน ผ่านระบบการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร โดยกรมบัญชีกลาง</p>	<p>ผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเงินครบถ้วนถูกต้อง</p>

กระบวนการงานที่ ๒ กระบวนการจ่ายเงินเบี้ยความพิการ

ผู้เกี่ยวข้อง	ความต้องการ	
ผู้รับบริการ -คนพิการ	ได้รับเงินเบี้ยยังชีพแบบอัตราเดียวทุกประเภทความพิการตามสิทธิที่พึงได้รับทุกเดือน	
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย -ผู้ดูแลคนพิการ -ผู้รับมอบอำนาจรับเงิน	ได้รับเงินเบี้ยยังชีพแบบอัตราเดียวทุกประเภทความพิการตามสิทธิที่พึงได้รับทุกเดือน	
ข้อกำหนดด้านกฎหมาย	ประสิทธิภาพของกระบวนการ	ความคุ้มค่า
<p>-ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ ๔ พ.ศ.๒๕๖๒</p> <p>-มติคณะรัฐมนตรีเห็นชอบจากการประชุมคณะกรรมการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติเพิ่มเงิน เบี้ยความพิการให้แก่คนพิการ วันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๘</p> <p>-หนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๑๐.๖/ว ๕๔๓๕ ลว. ๑๒ กันยายน ๒๕๖๒ เรื่อง ชักซ้อมแนวทางการปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๔) พ.ศ.๒๕๖๒และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วย หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๔) พ.ศ.๒๕๖๒</p>	<p>คนพิการได้รับเบี้ยยังชีพเป็นประจำทุกเดือน ผ่านระบบการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร โดยกรมบัญชีกลาง</p>	<p>คนพิการที่มีสิทธิได้รับเงินครบถ้วนถูกต้อง</p>

กระบวนการงานที่ ๓ กระบวนการจ่ายเงินเบี้ยผู้ป่วยเอดส์

ผู้เกี่ยวข้อง	ความต้องการ	
ผู้รับบริการ -ผู้ป่วยเอดส์	ได้รับเงินเบี้ยยังชีพแบบอัตราเดียวตามสิทธิที่พึงได้รับ ทุกเดือน	
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย -ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ -ผู้รับมอบอำนาจรับเงิน	ได้รับเงินเบี้ยยังชีพแบบอัตราเดียวตามสิทธิที่พึงได้รับ ทุกเดือน	
ข้อกำหนดด้านกฎหมาย	ประสิทธิภาพของกระบวนการ	ความคุ้มค่า
ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วย การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘	ผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพเป็นประจำ ทุกเดือน การจ่ายเงินสด/การโอนเข้าบัญชี โดยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	ผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงิน ครบถ้วนถูกต้อง

๑.๕ ประโยชน์ของการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน

๑) ประโยชน์ของคู่มือการปฏิบัติงานที่มีต่อองค์กรและผู้บังคับบัญชา

- (๑) การกำหนดจุดสำเร็จและการตรวจสอบผลงานและความสำเร็จของหน่วยงาน
- (๒) เป็นข้อมูลในการประเมินค่างานและจัดชั้นตำแหน่งงาน
- (๓) เป็นคู่มือในการสอนงาน
- (๔) การกำหนดหน้าที่การงานชัดเจนไม่ซ้ำซ้อน
- (๕) การควบคุมงานและการติดตามผลการปฏิบัติงาน
- (๖) เป็นคู่มือในการประเมินผลการปฏิบัติงาน
- (๗) การวิเคราะห์งานและปรับปรุงงาน
- (๘) ให้ผู้ปฏิบัติงานศึกษางานและสามารถทำงานทดแทนกันได้
- (๙) การงานแผนการทำงานและวางแผนกำลังคน
- (๑๐) ผู้บังคับบัญชาได้ทราบขั้นตอนและสายงานทำให้บริหารงานได้ง่ายขึ้น
- (๑๑) สามารถแยกแยะลำดับความสำคัญของงานเพื่อกำหนดระยะเวลาทำงานได้
- (๑๒) สามารถกำหนดคุณสมบัติของพนักงานใหม่ที่จะรับได้ง่ายขึ้นและตรงมากขึ้น
- (๑๓) ทำให้บริษัทสามารถปรับปรุงระเบียบแบบแผนการทำงานให้เหมาะสมยิ่งขึ้นได้
- (๑๔) ยุติความขัดแย้งและเสริมสร้างความสัมพันธ์ในการประสานระหว่างหน่วยงาน
- (๑๕) สามารถกำหนดงบประมาณและทิศทางการทำงานของหน่วยงานได้
- (๑๖) เป็นข้อมูลในการสร้างฐานข้อมูลของบริษัทต่อไปได้
- (๑๗) การศึกษาและเตรียมการในการขยายงานต่อไปได้
- (๑๘) การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายกับผลงานและปริมาณกำลังคนของหน่วยงานได้
- (๑๙) ผู้บังคับบัญชาบริหารงานได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น
- (๒๐) เกิดระบบการบริหารงานโดยส่วนร่วมสำหรับผู้บังคับบัญชาคนใหม่ในการร่วมกันเขียนคู่มือ

๒) ประโยชน์ของคู่มือการปฏิบัติงานที่มีต่อผู้ปฏิบัติงาน

- (๑) ได้รับทราบภาระหน้าที่ของตนเองชัดเจนยิ่งขึ้น
- (๒) ได้เรียนรู้งานเร็วขึ้นทั้งตอนที่เข้ามาทำงานใหม่/หรือตอนที่ย้ายงานใหม่
- (๓) ได้ทราบความคาดหวัง (Expectation) ของผู้บังคับบัญชาที่มีต่อตนเองชัดเจน
- (๔) ได้รับรู้ว่าผู้บังคับบัญชาจะใช้อะไรมาเป็นตัวประเมินผลการปฏิบัติงาน
- (๕) ได้เข้าใจระบบงานไปในทิศทางเดียวกันทั้งหน่วยงาน
- (๖) สามารถช่วยเหลืองานซึ่งกันและกันได้
- (๗) เข้าใจหัวหน้างานมากขึ้นทำงานด้วยความสบายใจ
- (๘) ไม่เกี่ยงงานกันรู้หน้าที่ของกันและกัน ทำให้เกิดความเข้าใจที่ดีต่อกัน
- (๙) ทราบจุดบกพร่องของงานแต่ละขั้นตอน เพื่อนำมาปรับปรุงงานได้
- (๑๐) ได้เรียนรู้งานของหน่วยงานได้ทั้งหมด ทำให้สามารถพัฒนางานของตนเองได้
- (๑๑) มีขั้นตอนในการทำงานที่แน่นอน ทำให้การทำงานได้ง่ายขึ้น
- (๑๒) รู้จักวางแผนการทำงาน เพื่อให้ผลงานออกมาตามเป้าหมาย
- (๑๓) สามารถใช้เป็นแนวทางเพื่อการวิเคราะห์งานให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา
- (๑๔) สามารถแบ่งเวลาให้กับงานต่างๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
- (๑๕) รู้ขอบเขตสายการบังคับบัญชาทำงานให้การประสานงานง่ายขึ้น
- (๑๖) ได้เห็นภาพรวมของหน่วยงานต่างๆ ในฝ่ายงานเดียวกันเข้าใจงานมากขึ้น
- (๑๗) สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นเพราะมีสิ่งอ้างอิง

๑.๖ บทบาทอำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล

จากบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. ๒๕๓๗ แก้ไขเพิ่มเติมถึง ฉบับที่ ๖ พ.ศ. ๒๕๕๒

มาตรา ๖๖ องค์การบริหารส่วนตำบล มีหน้าที่ในการพัฒนาตำบล ทั้งในด้านเศรษฐกิจสังคม และวัฒนธรรม

มาตรา ๖๗ ภายใต้บังคับแห่งกฎหมายองค์การบริหารส่วนตำบลมีหน้าที่ต้องทำในเขต องค์การบริหารส่วนตำบล ดังนี้

- ๑) จัดให้มีและบำรุงรักษาทางน้ำและทางบก
- ๒) รักษาความสะอาดของถนน ทางน้ำ ทางเดิน และที่สาธารณะ รวมทั้งการจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล
- ๓) ป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อ
- ๔) ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
- ๕) ส่งเสริมการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม
- ๖) ส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ
- ๗) คุ้มครองดูแลและบำรุงรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
- ๘) บำรุงรักษาศิลปประเพณีภูมิปัญญาท้องถิ่น และวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่น
- ๙) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ราชการมอบหมายโดยจัดสรรงบประมาณหรือบุคลากรให้ตามความจำเป็น

และสมควร

บทที่ ๒

วิธีการและขั้นตอนการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักตามคู่มือประชาชน

งานที่ให้บริการ	การลงทะเบียนและยื่นคำร้องรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง

ขอบเขตการให้บริการ	
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาที่เปิดให้บริการ
กองสวัสดิการสังคม โทรศัพท์ ๐๓๒ ๔๙๓ ๕๑๔ หรือสถานที่อื่นตามประกาศ อบต. กำหนด	เดือนมกราคม-เดือนพฤศจิกายนของทุกปี(เว้นเดือนธันวาคม) วันจันทร์-วันศุกร์ เว้นวันหยุดราชการ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. หรือเวลาอื่นตามประกาศ อบต. กำหนด

หลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ
<p>ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วย หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๒ แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ ๔ พ.ศ.๒๕๖๒ กำหนดให้ผู้สูงอายุมาลงทะเบียนได้ตั้งแต่เดือนมกราคม-เดือนพฤศจิกายนของทุกปี (ห้วงระยะเวลาที่ ๑ เดือนตุลาคม - เดือนพฤศจิกายน และห้วงระยะเวลาที่ ๒ เดือนมกราคม - เดือนกันยายน) ให้ผู้ที่จะมีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปในปีงบประมาณถัดไป และมีคุณสมบัติครบถ้วน ตามข้อ ๖ หรือผู้ที่ย้ายทะเบียนบ้านมาอยู่ใหม่ภายในพื้นที่ที่องค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง ให้มาลงทะเบียน และยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุด้วยตนเอง หรือมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมากระทำการแทนได้ในกรณีที่จำเป็น ณ องค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง หรือสถานที่ที่ทางองค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วงกำหนด เพื่อรับเบี้ยผู้สูงอายุในปีงบประมาณถัดไป</p> <p>ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีสัญชาติไทย ๒. มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง ๓. มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งต้องได้ลงทะเบียนและยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง ๔. ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการ หรือสิทธิประโยชน์อื่นใด จากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐ <p>ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผู้สูงอายุจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยวิธีใดหนึ่งดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑.รับเงินสดด้วยตนเอง ๒.รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ ๓.โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ๔.โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการ		
ขั้นตอน	ระยะเวลา	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<p>๑. ผู้สูงอายุมาแสดงตนต่อเจ้าหน้าที่ เพื่อยื่นคำขอขึ้นทะเบียนพร้อมเอกสารหลักฐาน</p> <p>๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง และตรวจสอบคุณสมบัติสัมภาระ/บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม</p> <p>๓. รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติเสนอผู้บริหาร เพื่อจัดทำประกาศรายชื่อ</p>	<p>๕ นาที</p> <p>๑๐ นาที</p> <p>ภายในระยะเวลาที่กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นกำหนด</p>	<p>กองสวัสดิการสังคม</p>

ระยะเวลา
ไม่เกิน ๑๕ นาที/ราย ในการรับคำขอขึ้นทะเบียน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ
<p>เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้</p> <p>๑. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่น ที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐ ที่มีรูปถ่าย (ยังไม่หมดอายุ) พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ</p> <p>๒. ทะเบียนบ้านฉบับจริง พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ</p> <p>๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ (กรณีแจ้งความประสงค์ขอรับเงินผ่านบัญชีธนาคาร)</p> <p>** ในกรณีที่มีความจำเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาขึ้นทะเบียนได้ด้วยตนเอง สามารถมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนแทนได้ โดยมีเอกสารประกอบเพิ่มเติม ดังนี้</p> <p>๑. หนังสือมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ</p> <p>๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ</p> <p>๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ</p>

ค่าธรรมเนียม
ไม่มีค่าธรรมเนียมในการขอขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ

การรับเรื่องร้องเรียน
<p>ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง โทรศัพท์ ๐๓๒ ๔๙๓ ๕๑๔ หรือ http://www.tonmamoung.go.th</p>

ตัวอย่างแบบฟอร์มและการกรอกข้อมูล

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน
 ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ขอ
 ลงทะเบียนชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
 □-□□□□-□□□□□-□□-□ที่อยู่.....
โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....

วันที่.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....
 เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....
 มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
 ตำบล ต้นมะม่วง อำเภอ เมืองเพชรบุรี จังหวัด เพชรบุรี รหัสไปรษณีย์ ๗๖๐๐๐ โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□
 สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ
 รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับเงินสวัสดิการภาครัฐ

- ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
- ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่เมื่อ.....
- มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)
- รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยผู้รับมอบอำนาจ
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
- ธนาคาร.....สาขา.....
- บัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

พร้อมแนบเอกสารดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร
- หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญเบี้ยหวัดบำนาญพิเศษบำเหน็จ ราย
 เดือนหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐรัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าว
 ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

“ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นและยินยอมให้
 ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนบ้านกลางภาครัฐ”

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

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว</p> <p>.....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ</p> <p>เนื่องจาก.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน</p> <p>หมายเหตุ : กรณีผู้ยื่นคำขอลงทะเบียนได้รับสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น ส.อบต. ผู้ใหญ่บ้าน ฯลฯ สามารถประกาศรายชื่อเป็นผู้ขึ้นทะเบียนได้ แต่ต้องตรวจสอบสถานะอีกครั้งก่อนจ่ายเบี้ยยังชีพในเดือนตุลาคม.....(งบประมาณ).....</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p>
<p>คำสั่ง <input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p>(ลงชื่อ)..... (.....) นายกองค้การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง วัน/เดือน/ปี.....</p>	

ตัดตามเส้นประให้ผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนเก็บไว้เป็นหลักฐานในการขึ้นทะเบียน

ทะเบียนเลขที่...../.....

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียน เมื่อวันที่.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียนภายในวันที่๑๐ ของทุกเดือน โดยได้รับตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.เป็นต้นไป

กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น (ย้ายก่อนกันยายนของปี) จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ภายในเดือนพฤศจิกายนของปีนั้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมจนสิ้นปีงบประมาณ และรับที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ในปีงบประมาณถัดไป

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

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

***โปรดเก็บเอกสารส่วนนี้ไว้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบและยืนยันการขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยผู้สูงอายุ

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

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

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

เป็นผู้มีอำนาจ.....ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ.....แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ/ผู้สูงอายุ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร...ประจำตัวประชาชน...
 เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
 หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....ต.นมะม่วง.....เขต/อำเภอ...เมืองเพชรบุรี..
 จังหวัด.....เพชรบุรี.....เบอร์โทร.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร...ประจำตัวประชาชน..
 เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
 หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
 จังหวัด.....เบอร์โทร.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน.....แทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว” จนกว่า
 จะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบ
 อำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ /ลายพิมพ์นิ้วมือ
 ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ เอกสารประกอบหนังสือมอบอำนาจ

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

งานที่ให้บริการ	การลงทะเบียนและยื่นคำร้องรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง

ขอบเขตการให้บริการ	
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาที่เปิดให้บริการ
กองสวัสดิการสังคม โทรศัพท์ ๐๓๒ ๔๙๓ ๕๑๔	วันจันทร์-วันศุกร์ เว้นวันหยุดราชการ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ
<p>ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วย หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ ๔ พ.ศ.๒๕๖๒ กำหนดให้คนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการหรือคนพิการที่ย้ายทะเบียนบ้านมาอยู่ใหม่ภายในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง ให้มาลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมากระทำการแทน ณ องค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง เพื่อรับเบี้ยความพิการในเดือนถัดไปนับจากวันลงทะเบียน</p> <p>ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติ และไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีสัญชาติไทย ๒. มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง ๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ซึ่งต้องได้ลงทะเบียนและยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการต่อองค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง ๔. ไม่เป็นบุคคลที่อยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ <p>ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการคนพิการ จะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ โดยวิธีใดหนึ่งดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. รับเงินสดด้วยตนเอง ๒. รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ ๓. โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ๔. โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการ		
ขั้นตอน	ระยะเวลา	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑. คนพิการมาแสดงตนต่อเจ้าหน้าที่ เพื่อยื่นคำขอ ขึ้นทะเบียนพร้อมเอกสารหลักฐาน ๒.เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง และตรวจสอบคุณสมบัติสัมภาษณ์/บันทึกข้อมูล เพิ่มเติม ๓.รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการตรวจสอบ คุณสมบัติเสนอผู้บริหารเพื่อจัดทำประกาศรายชื่อ	๕ นาที ๑๐ นาที ภายในระยะเวลาที่ กรมส่งเสริมการ ปกครองท้องถิ่น กำหนด	กองสวัสดิการสังคม

ระยะเวลา
ไม่เกิน ๑๕ นาที/ราย ในการรับคำขอขึ้นทะเบียน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ
เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้
๑. บัตรประจำตัวคนพิการ (ไม่หมดอายุ) พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ ๒. ทะเบียนบ้านฉบับจริง พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ ๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ (กรณีแจ้งความประสงค์ขอรับเงินผ่านบัญชีธนาคาร) ** ในกรณีที่มีความจำเป็นคนพิการที่ไม่สามารถมาขึ้นทะเบียนได้ด้วยตนเองสามารถมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์ อักษรให้ผู้พิทักษ์/ผู้อนุบาลเป็นผู้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนแทนได้ โดยมีเอกสารประกอบเพิ่มเติม ดังนี้ ๑. หนังสือมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ ๒. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้มอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ ๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ

ค่าธรรมเนียม
ไม่มีค่าธรรมเนียมในการขอขึ้นทะเบียนคนพิการ

การรับเรื่องร้องเรียน
ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง โทรศัพท์ ๐๓๒ ๔๙๓ ๕๑๔ หรือ http://www.tonmamoung.go.th

ตัวอย่างแบบฟอร์มและการกรอกข้อมูล

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการองค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ
 เกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา- มารดา บุตร สามี - ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลคนพิการ
 อื่นๆ.....ลงทะเบียน ชื่อ-สกุล.....(ผู้รับมอบอำนาจ) เลขประจำตัวประชาชน
 ผู้รับมอบอำนาจ --- ที่อยู่.....
โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ชื่อ.....นามสกุล.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบลต้นมะม่วง อำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี รหัสไปรษณีย์ ๗๖๐๐๐ โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้พิการที่ยื่นคำขอ ----

ประเภทความพิการ

- ความพิการทางการเห็น ความพิการทางสติปัญญา
 ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้
 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางออกัสติก
 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม พิการซ้ำซ้อน

สถานภาพ

- โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ.....

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

มีอาชีพ (ระบุ).....รายได้ต่อเดือน..... (ระบุ)..... บาท

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ

- ยังไม่เคยได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลานา) เข้ามาอยู่ใหม่เมื่อ.....
 ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อื่นๆ (ระบุ).....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

- เงินสดด้วยตนเอง เงินสดโดยผู้รับมอบอำนาจ
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร.....สาขา.....

บัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สำเนาทะเบียนบ้าน
 สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการผ่านธนาคาร)
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนไม่เป็นบุคคลที่อยู่ในอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐและข้อความดังกล่าว
 ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการหากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบ คุณสมบัติของนาย/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"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ</p> <p>เนื่องจาก.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบแล้ว 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>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>นายกองค้การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง</p> <p>วัน/เดือน/ปี.....</p>	

ติดตามเส้นประให้คนพิการที่ขึ้นทะเบียนเก็บไว้เป็นหลักฐานในการขึ้นทะเบียน

ทะเบียนเลขที่...../.....

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียน เมื่อวันที่.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการตั้งแต่เดือน
.....ในอัตราเดือนละ.....บาท กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ
ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่โดยทันที เพื่อรักษาสวัสดิ์ให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้..... เกี่ยวพันเป็น.....
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร..... เลขที่..... ออกให้ณ.....
เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย.....
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจ..... ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพ ความพิการ..... แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ/คนพิการ/ผู้ดูแล

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร...ประจำตัวประชาชน...
 เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
 หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....ต.นมะม่วง.....เขต/อำเภอ...เมืองเพชรบุรี..
 จังหวัด.....เพชรบุรี.....เบอร์โทร.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร...ประจำตัวประชาชน..
 เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
 หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
 จังหวัด.....เบอร์โทร.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน.....แทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว” จนกว่า
 จะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบ
 อำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ /ลายพิมพ์นิ้วมือ
 ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ เอกสารประกอบหนังสือมอบอำนาจ

๑. สำเนาบัตรประชาชน/บัตรคนพิการของผู้มอบอำนาจ
๒. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ
๓. สำเนาบัญชีธนาคาร (กรณีโอนเข้าธนาคาร)

งานที่ให้บริการ	การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง

ขอบเขตการให้บริการ	
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาที่เปิดให้บริการ
กองสวัสดิการสังคม โทรศัพท์ ๐๓๒ ๔๙๓ ๕๑๔	วันจันทร์-วันศุกร์ เว้นวันหยุดราชการ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ
<p>ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วย การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนเองมีภูมิลำเนาอยู่ ในกรณีที่ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ สามารถมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้ ณ องค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง</p> <p>ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีสัญชาติไทย ๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง ๓. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว ๔. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ <p>ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่าหรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ให้ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่</p>

ขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการ		
ขั้นตอน	ระยะเวลา	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑. ผู้ป่วยเอดส์มาแสดงตนต่อเจ้าหน้าที่ เพื่อยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์พร้อมเอกสารหลักฐาน	๑๐ นาที	กองสวัสดิการสังคม
๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง และตรวจสอบคุณสมบัติสัมภาระ/บันทึกข้อมูล เพิ่มเติม	๕ นาที	
๓.เจ้าหน้าที่ลงพื้นที่เพื่อตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยเอดส์ว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติสมควรได้รับการ สงเคราะห์หรือไม่ พิจารณาจากความเดือดร้อน เป็นผู้มีปัญหาซ้ำซ้อน เป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ	๓ วัน	
๔.เจ้าหน้าที่จัดลำดับผู้ป่วยเอดส์เบื้องต้นและให้ ผู้บริหารพิจารณาคัดเลือกขั้นต่อไป	๒ วัน	

ระยะเวลา
ไม่เกิน ๑๕ นาที/ราย ในการรับคำขอขึ้นทะเบียน และไม่เกิน ๕ วันทำการในการพิจารณาคัดเลือก

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ
เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้
๑. ทะเบียนบ้านฉบับจริง พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
๒. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุว่าผู้ป่วย“เอดส์”
๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ (กรณีแจ้งความประสงค์ขอรับเงินผ่านบัญชีธนาคาร) **ในกรณีที่มีความจำเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่สามารถมาขึ้นทะเบียนได้ด้วยตนเอง สามารถมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนแทนได้โดยมีเอกสารประกอบเพิ่มเติมดังนี้
๑. หนังสือมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ

ค่าธรรมเนียม
ไม่มีค่าธรรมเนียมในการขอรับเงินสงเคราะห์

การรับเรื่องร้องเรียน
ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่องค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง โทรศัพท์ ๐๓๒ ๔๙๓ ๕๑๔ หรือ http://www.tonmamoung.go.th

ตัวอย่างแบบฟอร์มและการกรอกข้อมูล

ลับ

ใช้ปิดทับข้อมูลข่าวสารลับ

ลับ

ใบคำร้องทั่วไป

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง

วันที่.....

เรื่อง ขอลงทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบลต้นมะม่วง อำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี โทร.....

ขอยื่นคำร้องต่อนายองค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง เพื่อแสดงความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยฯ ของ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

ความเห็นเจ้าหน้าที่

คำสั่ง

.....แจ้งเรื่อง

.....

ขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

.....

เห็นควรดำเนินการ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

วันที่.....

วันที่.....

หมายเหตุ เอกสารแนบคำร้อง ๑. สำเนาบัตรประชาชน ๑ ฉบับ ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ

๓. ใบรับรองแพทย์ ๑ ฉบับ ๔. สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร ๑ ฉบับ

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปีมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....

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

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....

ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยโรคเอดส์โดยขอให้รายละเอียด

เพิ่มเติมดังนี้

๑. ที่พักอาศัย

() เป็นของตนเองและมีลักษณะ () ขำรุคโทรมมาก () ขำรุคโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวรดี

() เป็นของ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

๓. การพักอาศัย

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

() พักอาศัยกับ.....รวม.....คนเป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้ จำนวน.....คน

มีรายได้รวม.....บาท/เดือนผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

๔. รายได้-รายจ่าย

มีรายได้รวม.....บาท/เดือนแหล่งที่มาของรายได้.....

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....สถานที่ติดต่อเลขที่.....

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

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

เป็นผู้มีอำนาจ ยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำ
 ด้วยตนเองทั้งสิ้น เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ/ผู้ป่วยฯ
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร...ประจำตัวประชาชน...
 เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
 หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....ต.นมะม่วง.....เขต/อำเภอ...เมืองเพชรบุรี..
 จังหวัด.....เพชรบุรี.....เบอร์โทร.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร...ประจำตัวประชาชน..
 เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
 หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
 จังหวัด.....เบอร์โทร.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน.....แทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว” จนกว่า
 จะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบ
 อำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ /ลายพิมพ์นิ้วมือ
 ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

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

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ให้ผู้ที่มายื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ สามารถตรวจสอบรายชื่อตามประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง และก่อนการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในต้นปีงบประมาณ จะจัดทำประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรายชื่อผู้ขาดคุณสมบัติ

การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

องค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง จะดำเนินการเบิก-จ่ายเงินให้กับผู้สูงอายุที่มาขึ้นทะเบียนไว้แล้ว โดยจะเริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคมปีถัดไป โดยจะจ่ายเป็นเงินสดหรือโอนเข้าบัญชีธนาคารตามที่ผู้สูงอายุได้แจ้งความประสงค์ไว้ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน

การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับในปัจจุบันการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุคิดในอัตราเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได

แบบ“ขั้นบันได” หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วงๆ หรือเป็นขั้นขึ้นไปเรื่อยๆ โดยเริ่มตั้งแต่อายุ ๖๐ ปี คำนวณตามปีงบประมาณมิใช่ปีปฏิทินและไม่มีการเพิ่มของอายุระหว่างปี

ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือนสำหรับผู้สูงอายุ(แบบขั้นบันได)

ขั้น	ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนเงิน (บาท)
ขั้นที่๑	๖๐-๖๙ ปี	๖๐๐
ขั้นที่๒	๗๐-๗๙ ปี	๗๐๐
ขั้นที่๓	๘๐-๘๙ ปี	๘๐๐
ขั้นที่๔	๙๐ ปีขึ้นไป	๑,๐๐๐

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ



ให้ผู้ที่มายื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพความพิการ สามารถตรวจสอบรายชื่อตามประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง และก่อนการจ่ายเบี้ยยังชีพความพิการ ในต้นปีงบประมาณ จะจัดทำประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ

การจ่ายเบี้ยยังชีพความพิการ



องค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วงจะดำเนินการเบิก-จ่ายเงินให้กับคนพิการที่มาขึ้นทะเบียนไว้ แล้วโดยจะเริ่มจ่ายในเดือนถัดไปภายหลังมาแจ้งความจำนงโดยจะจ่ายเป็นเงินสดหรือโอนเข้าบัญชีธนาคาร ตามที่คนพิการได้แจ้งความประสงค์ไว้ ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน

การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบช่วงอายุสำหรับคนพิการ



จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่คนพิการจะได้รับในปัจจุบัน (เริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ เป็นต้นไป) โดยการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่คนพิการคิดในอัตราเบี้ยยังชีพ ๒ ช่วง

ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือนสำหรับคนพิการ(แบบช่วงอายุ)

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

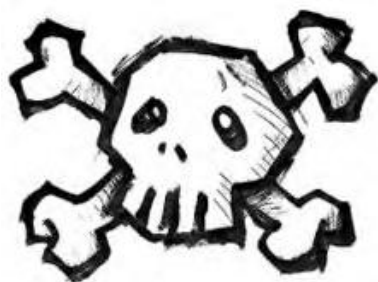
การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ



๑. ตาย
๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตองค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง
๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
๔. ขาดคุณสมบัติ

หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ

๑. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง
๒. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพหรือผู้รับมอบอำนาจแจ้งรับเป็นเงินสดต้องมารับเงินให้ตรงตามวันเวลาที่กำหนด
๓. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพหรือผู้รับมอบอำนาจแจ้งรับเป็นโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร ต้องตรวจสอบเลขที่บัญชีและให้มีเงินคงเหลือหรือมีการเคลื่อนไหวรายการบัญชีอย่างต่อเนื่อง
๔. เมื่อย้ายภูมิลำเนาจากองค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วงไปอยู่ภูมิลำเนาอื่น ต้องแจ้งข้อมูลเพื่อให้องค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วงได้รับทราบ และต้องไปขึ้นทะเบียน ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ทันที
๕. กรณีเสียชีวิตให้ผู้ดูแลหรือญาติของผู้สูงอายุหรือคนพิการของผู้รับเงินเบี้ยยังชีพแจ้งการเสียชีวิตให้องค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วงได้รับทราบ (พร้อมสำเนามรณะบัตร) ภายใน ๗ วัน



ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐยืนยันว่าป่วยเป็น “โรคเอดส์จริง”

๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง

๓. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้งหรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

๔. การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์สามารถยื่นคำร้องได้ที่กองสวัสดิการสังคมขององค์การบริหารส่วนตำบลต้นมะม่วง โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่นดังนี้

๑) ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

๒) บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)

๓) ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)

๔) สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (พร้อมสำเนา)

๕. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้

๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการหรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการสามารถดำเนินการได้ทั้งหมด

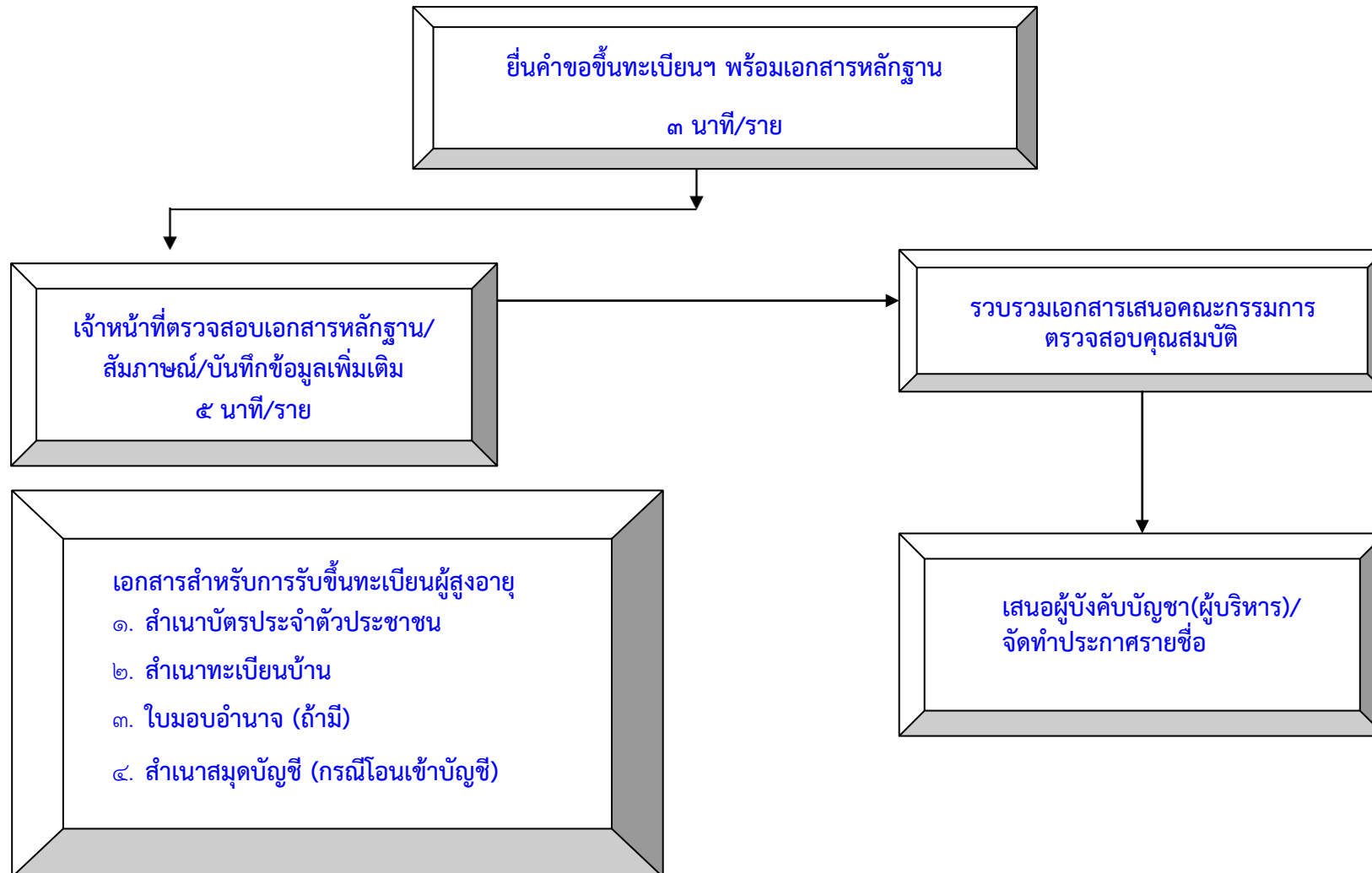
๗. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้วแล้วต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์จากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนาเท่านั้น

๘. กรณีคนพิการ/ผู้สูงอายุที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิตผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้องแจ้งให้งานพัฒนาชุมชนทราบภายใน ๗ วัน

ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่าป่วยเป็น **โรคเอดส์/AIDs เท่านั้น**

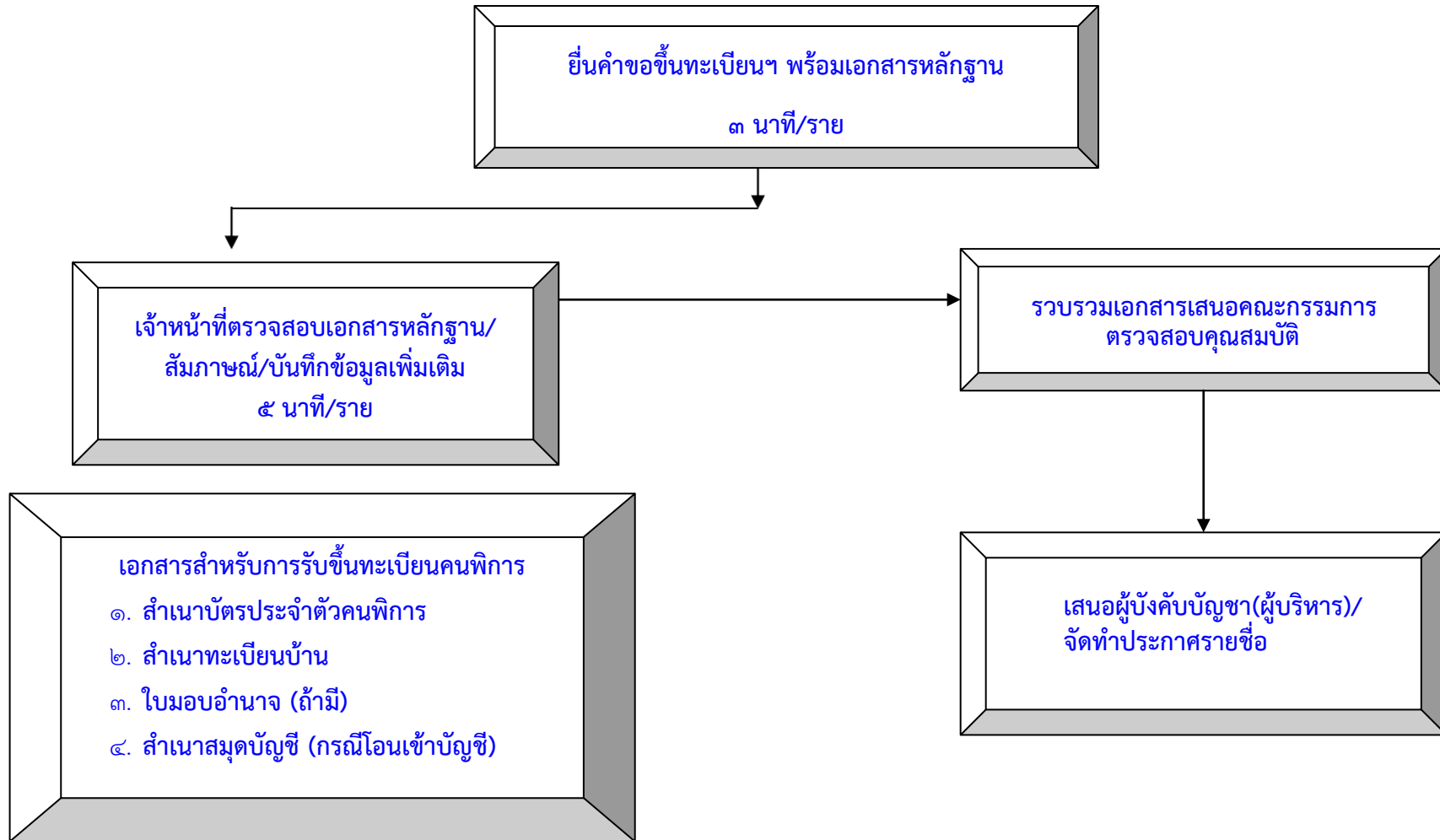
หากระบุว่าป่วยเป็น HIV หรือภูมิคุ้มกันบกพร่องจะไม่เข้าหลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ(ปรับลดระยะเวลา)
(การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ)



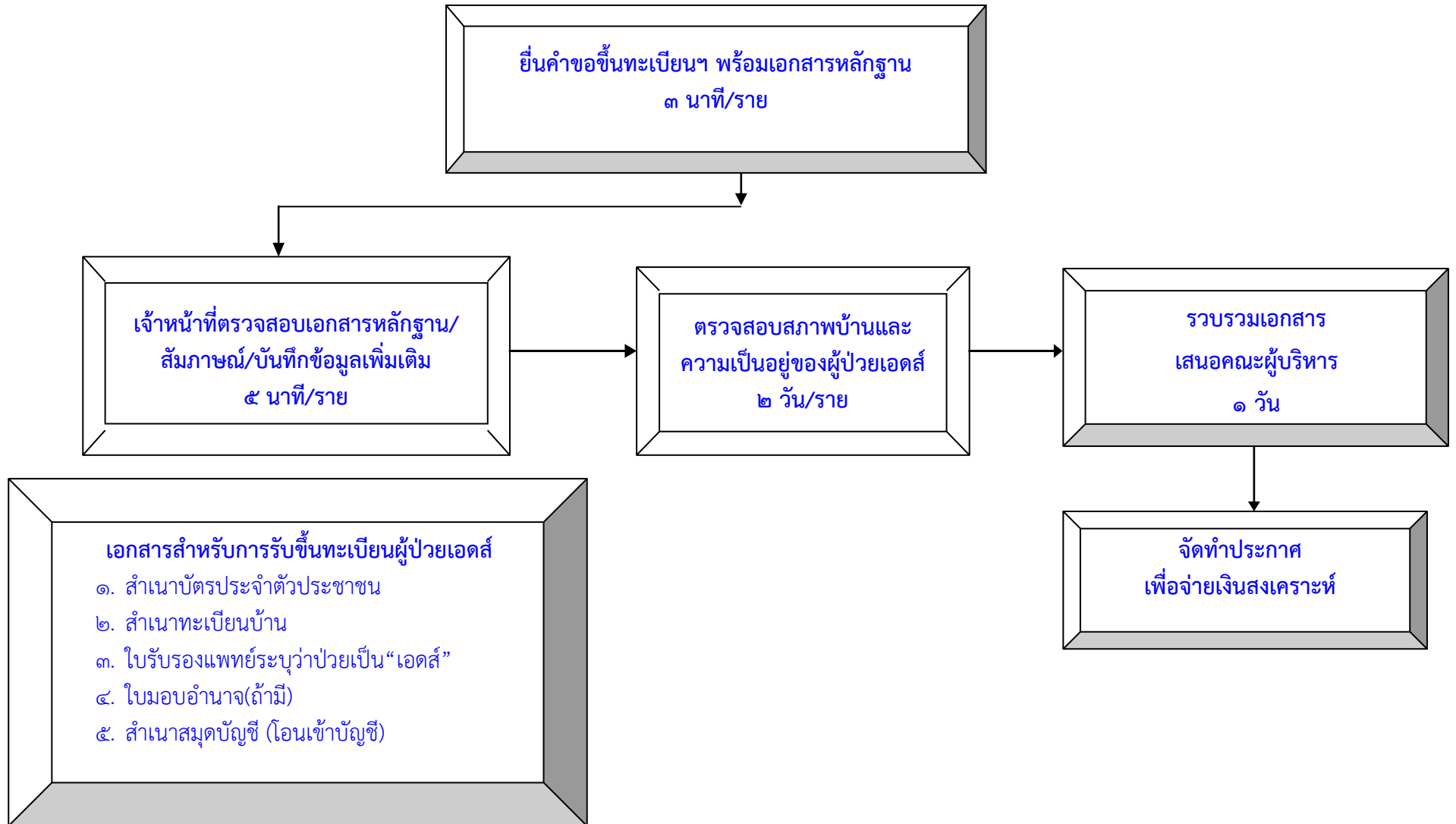
ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุเดิม ๑๕ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๓-๕ นาที/ราย

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ(ปรับลดระยะเวลา)
(การรับขึ้นทะเบียนคนพิการ)



ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนคนพิการเดิม ๑๕ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๓-๕ นาที/ราย

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ(ปรับลดระยะเวลา) (การรับขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์)



ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์เดิม ๑๕ นาที/ราย ในการรับคำขอขึ้นทะเบียนและไม่เกิน ๕ วันทำการ ในการพิจารณาคัดเลือก
เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๓-๕ นาที/ราย ในการรับคำขอขึ้นทะเบียน และไม่เกิน ๓ วันทำการ ในการพิจารณาคัดเลือก