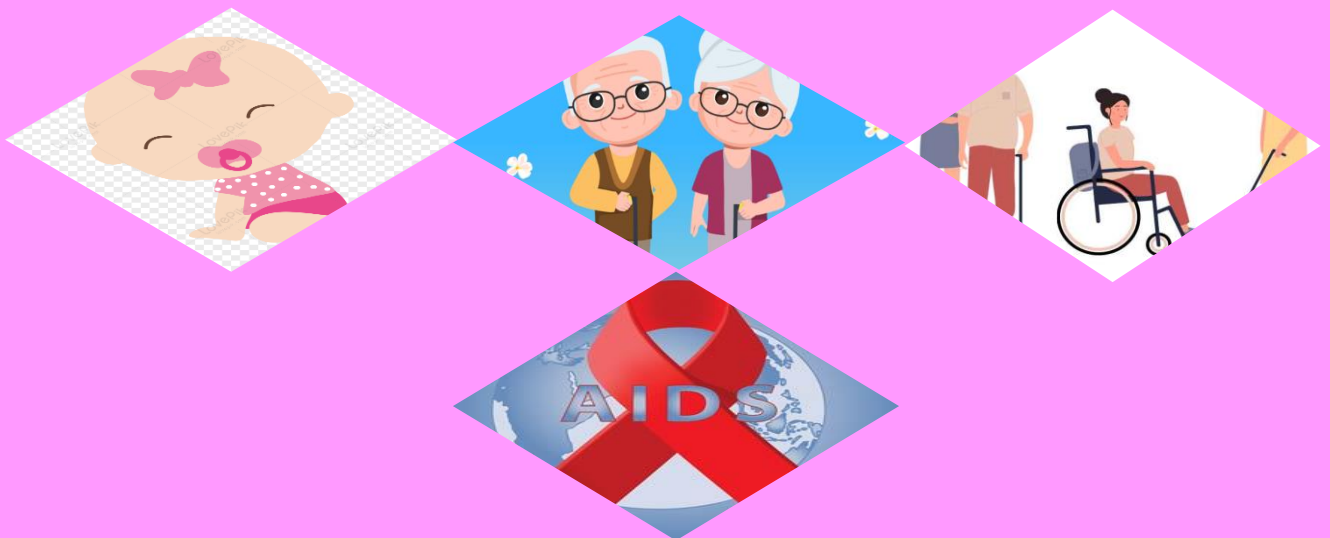




คู่มือการขอขึ้นทะเบียน
ผู้สูงอายุ ผู้พิการ เด็กแรกเกิด และ
ผู้ป่วยเอดส์ (HIV)
ของ
องค์การบริหารส่วนตำบลผไทรินทร์



กองสวัสดิการสังคม
องค์การบริหารส่วนตำบลผไทรินทร์
อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

คู่มือการขอขึ้นทะเบียน: ผู้สูงอายุ, ผู้พิการ, เด็กแรกเกิด, ผู้ป่วย HIV

ของ องค์การบริหารส่วนตำบลผไทรินทร์

๑. วัตถุประสงค์

เพื่ออำนวยความสะดวกในการยื่นขอขึ้นทะเบียน เพื่อให้ได้รับสิทธิประโยชน์ตามกฎหมาย เช่น เงินอุดหนุน สวัสดิการทางการแพทย์ หรือการช่วยเหลือพิเศษจากหน่วยงานรัฐ

๒. ประเภทการขอขึ้นทะเบียน

๒.๑ ผู้สูงอายุ

คุณสมบัติ: บุคคลอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป

เอกสารที่ต้องเตรียม:

- บัตรประชาชนหรือสำเนา
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สมุดบัญชีธนาคารสำหรับรับเงินอุดหนุน

ค่าทำเนียม

-ไม่มีค่าทำเนียม-

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง:

- ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒
- ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๐

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียน:

ผู้สูงอายุที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สามารถลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีภูมิลำเนา ตั้งแต่เดือนมกราคมจนถึงเดือนพฤศจิกายนของทุกปี โดยเตรียมเอกสารดังนี้

- บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
- ทะเบียนบ้านฉบับปัจจุบัน
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์ในนามผู้มีสิทธิหรือผู้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ค่าทำเนียม

-ไม่มีค่าทำเนียม-

๒.๒ ผู้พิการ

คุณสมบัติ: ผู้พิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ

เอกสารที่ต้องเตรียม

คนพิการที่ได้จดทะเบียนคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ สามารถลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา โดยเตรียมเอกสารดังนี้:

- บัตรประจำตัวคนพิการ
- บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
- ทะเบียนบ้านฉบับปัจจุบัน
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์ในนามผู้มีสิทธิหรือผู้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ค่าทำเนียม

-ไม่มีค่าทำเนียม-

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

-ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓

-ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙

๒.๓ เด็กแรกเกิด

คุณสมบัติ: เด็กแรกเกิดถึงอายุ ๖ ปี

เอกสารที่ต้องเตรียม

ผู้ปกครองสามารถลงทะเบียนขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดได้ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีภูมิลำเนา โดยเตรียมเอกสารดังนี้:

- สูติบัตรของเด็ก
- บัตรประจำตัวประชาชนของบิดาและมารดา หรือผู้ปกครอง
- ทะเบียนบ้านที่มีชื่อของเด็กและผู้ปกครอง
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์ในนามผู้ปกครอง

ค่าทำเนียม

-ไม่มีค่าทำเนียม-

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด พ.ศ. ๒๕๕๘

๒.๔ ผู้ป่วย HIV

คุณสมบัติ: ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อ HIV สามารถยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพได้ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีภูมิลำเนา

เอกสารที่ต้องเตรียม:

- บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
- ทะเบียนบ้านฉบับปัจจุบัน
- ใบรับรองแพทย์ที่ยืนยันการติดเชื้อ HIV
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์ในนามผู้มีสิทธิ

ติดต่อหน่วยงานที่รับผิดชอบ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือสำนักงานเทศบาลกรอกแบบฟอร์มคำขอขึ้นทะเบียนยื่นเอกสารพร้อมตรวจสอบความครบถ้วนเจ้าหน้าที่ตรวจสอบและอนุมัติรับการแจ้งยืนยันสิทธิ

ค่าทำเนียม

-ไม่มีค่าทำเนียม-

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง:

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้ป่วยเอดส์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๓

****สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมและรายละเอียดเกี่ยวกับการขึ้นทะเบียนและสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ สามารถติดต่อ** องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ของท่าน หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

๔. ระยะเวลา

การดำเนินการใช้เวลาประมาณ ๗-๓๐ วัน ขึ้นอยู่กับหน่วยงาน

๕. ติดต่อหน่วยงาน

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลผไทรินทร์

โทรศัพท์: ๐๔๔-๖๖๖๒๖๖ หรือ

อีเมล: Saraban_๐๖๓๑๑๐๐๙@dla.go.th

เว็บไซต์: www.phathairin.go.th



อบต.ผไทรินทร์ www.facebook.com/profile.php?id=100090588567020&locale=th_TH



Let's Start!



ผไทรินทร์ Official Line ID : @165aqala



ภาคผนวก

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

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

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ นามสกุล.....
เกิดวันที่.....เดือนพ.ศ.อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีที่อยู่ตามทะเบียน
บ้านเลขที่หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ ซอยถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดรหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

สถานภาพสมรส □ โสด □ สมรส □ หม้าย □ หย่าร้าง □ แยกกันอยู่ □ อื่น ๆ

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

มีความประสงค์ □ ขอยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย
ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖
□ ไม่ขอรับสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

- ☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
- ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
- พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้
- ☐ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)
- ☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

☐ “ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ณ วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

☐ “ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครอง
ท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

ผู้ยืนยันสิทธิ/ผู้รับมอบอำนาจยืนยันสิทธิ

เจ้าหน้าที่ผู้รับยืนยันสิทธิ

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง □ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□ แล้ว ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติยืนยันสิทธิครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ <u>รอตรวจคุณสมบัติ</u> ณ วันที่มีสิทธิได้รับ เงินเบี้ยยังชีพ ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีตำบลกระเจ้า คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับยืนยันสิทธิ ☐ ไม่สมควรรับยืนยันสิทธิ..... กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)
คำสั่ง ☐ รับยืนยันสิทธิ ☐ ไม่รับยืนยันสิทธิ ☐ อื่น ๆ..... (ลงชื่อ) (.....) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลพลไทรินทร์ วัน/เดือน/ปีฉีกตามรายชื่อ..... ยื่นแบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. การยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่คุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลายืนยันสิทธิ โดยได้รับตั้งแต่เดือน..... พ.ศ. เป็นต้นไป	

ทะเบียนเลขที่..... /.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการองค์การบริหารส่วนตำบลไทรินทร์

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

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลโขงเจียม

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

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

ชื่อ..... นามสกุล.....

เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. อายุ.....ปี สัญชาติ.....ไทย..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน

เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอโขงเจียม

จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ ๓๔๒๒๐ โทรศัพท์.....

หมายเลขประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการมองเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้

☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย ☐ ความพิการทางจิตตปัญญา

☐ ความพิการทางจิตใจหรือทางพฤติกรรม

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

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

☐ ได้รับเงินเบี้ยผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

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

☐ มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร..... สาขา..... เลขที่บัญชี.....

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการมีความประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่เป็นบุคคลที่อยู่ในอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการหากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

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

(.....)

(.....)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

(ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยืนค้ำของลงทะเบียนเก็บไว้)

ทะเบียนเลขที่..... /

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ ตั้งแต่วันที่.....พ.ศ..... ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนโดยทันที ทั้งนี้เพื่อการรักษาสวัสดิ์ให้ต่อเนื่อง

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ
(.....) (.....)

