



คู่มือปฏิบัติงาน

ด้านสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์

งานสวัสดิการสังคม
เทศบาลตำบลบัวงาม
อำเภอเดชอุดม จังหวัด
อุบลราชธานี

คำนำ

คู่มือการปฏิบัติงานด้านสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการปฏิบัติงาน สำหรับภารกิจด้านสวัสดิการผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยเอดส์ และเด็กแรกเกิดโดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติงาน ขั้นตอนกระบวนการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การปฏิบัติงานตามภารกิจดังกล่าวเป็นไปตามระเบียบและหนังสือสั่งการที่เกี่ยวข้องตลอดจนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านสวัสดิการ สังคมและสังคมสงเคราะห์ เกิดความรู้ ความเข้าใจในภารกิจลดขั้นตอนการปฏิบัติงานและสามารถให้บริการประชาชนผู้มาติดต่อราชการได้อย่างสะดวกรวดเร็ว ลดความเสี่ยงในการเกิดข้อผิดพลาดและความเสียหาย อันจะเกิดระหว่างการปฏิบัติหน้าที่หรือการละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบที่อาจส่งผลกระทบต่อหรือส่งผลเสียหายต่อประชาชน ในพื้นที่ ตลอดจนเพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติงานด้านสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ดังกล่าวให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

งานสวัสดิการสังคม
เทศบาลตำบลวังงาม

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
การยืนยันสิทธิรับเบี้ยยังชีพ “ผู้สูงอายุ”	1
บัตรประจำตัวคนพิการ	9
การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงิน “เบี้ยความพิการ”	20
การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงิน “สงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์”	27



การยืนยันสิทธิรับเบี้ยยังชีพ “ผู้สูงอายุ”

การยืนยันสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2566 กำหนดให้บุคคลใดที่มีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ ให้ยืนยันสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยไม่ต้องลงทะเบียนและให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอำนวยความสะดวกโดยแจ้งไปยังผู้สูงอายุ ที่มีสิทธิ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

1. มีสัญชาติไทย
2. มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์
3. มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้ยืนยันสิทธิขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อเทศบาลตำบลบัวงาม
4. เป็นผู้ไม่มีรายได้ หรือมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติตามกฎหมาย ว่าด้วยผู้สูงอายุกำหนด

เอกสารหลักฐานในการยืนยันสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	จำนวน	1	ฉบับ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน	จำนวน	1	ฉบับ
3. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร	จำนวน	1	ฉบับ

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

กรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถดำเนินการลงทะเบียนด้วยตนเองได้ สามารถมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยืนยันสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนได้โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับงานสวัสดิการสังคมเทศบาลตำบลบัวงาม โดยมีเอกสารประกอบ ดังนี้

1. หนังสือมอบอำนาจ	จำนวน	1	ฉบับ
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ (ผู้สูงอายุ)	จำนวน	1	ฉบับ
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ	จำนวน	1	ฉบับ
4. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มอบอำนาจ (ผู้สูงอายุ)	จำนวน	1	ฉบับ
5. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ	จำนวน	1	ฉบับ
6. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ผู้สูงอายุ หรือผู้รับมอบอำนาจ)	จำนวน	1	ฉบับ

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

กรณีที่ผู้สูงอายุได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้วและได้ย้ายทะเบียนบ้าน เข้ามาอยู่ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลบัวงามให้ผู้สูงอายุมายื่นยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่เทศบาลตำบลบัวงามอีกครั้งหนึ่งและเมื่อได้ดำเนินการยื่นยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแล้วให้เทศบาลตำบลบัวงามดำเนินการจ่ายเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุในเดือนถัดไป

การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ชั้น	ช่วงอายุ	จำนวนเงิน
ชั้นที่ 1	60 - 69 ปี	600 บาท
ชั้นที่ 2	70 - 79 ปี	700 บาท
ชั้นที่ 3	80 - 89 ปี	800 บาท
ชั้นที่ 4	90 ปีขึ้นไป	1,000 บาท

การสิ้นสุดการได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

1. ตาย
2. ขาดคุณสมบัติ
3. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
4. ย้ายทะเบียนบ้านไปนอกเขตเทศบาลตำบลบัวงาม

ขั้นตอนการยืนยันสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมายืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุพร้อมเอกสารหลักฐาน
ณ งานสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลบัวงาม

(วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เว้นวันหยุดราชการ ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น.)

(ใช้เวลาประมาณ 3 นาที)



- เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน
- สอบถามข้อมูล
- บันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพของอปท.

(ใช้เวลาประมาณ 3 นาที)



รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

(ใช้เวลาประมาณ 1 วัน)



เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหารฯ)

(ใช้เวลาประมาณ 1 วัน)



ประกาศรายชื่อผู้มายืนยันสิทธิฯ ในแต่ละเดือน

(เป็นระยะเวลา 15 วัน)



กรมบัญชีกลางโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารของผู้สูงอายุทุกวันที่ 10 ของเดือน

แบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแบบยืนยันสิทธิแทน

ผู้ยื่นคำขอแทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ยืนยันสิทธิ
ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
□-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่.....
..... โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....เทศบาลตำบลบัวงาม.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

เลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ ซอย.....ถนน.....

ตำบล.....บัวงาม.....อำเภอ.....เดชอุดม.....จังหวัด.....อุบลราชธานี.....รหัสไปรษณีย์.....34160.....

โทรศัพท์.....

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

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

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

มีความประสงค์

ขอยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย
ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖)

ไม่ขอรับสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจาก
ผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่าน
ธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

"ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ณ วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพ
ผู้สูงอายุ และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ"

"ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ"

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยืนยันสิทธิ/ผู้รับมอบอำนาจยืนยันสิทธิ

เจ้าหน้าที่ผู้รับยืนยันสิทธิ

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□ <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติยืนยันสิทธิครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ยื่นขอตรวจสอบคุณสมบัติ ณ วันที่มีสิทธิได้รับ เงินเบี้ยยังชีพ <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ยื่นขอตรวจสอบคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีตำบลวังงาม คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบ มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับยืนยันสิทธิ <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับยืนยันสิทธิ..... กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นางสาวพัชรินทร์ มุกดา) นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นายพรหมเมศวร์ จันทวงศ์) หัวหน้าสำนักปลัดเทศบาล กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นางสาวลำพรรณ คุณประชา) รองปลัดเทศบาลตำบลวังงาม</p>
<p>คำสั่ง <input type="checkbox"/> รับยืนยันสิทธิ <input type="checkbox"/> ไม่รับยืนยันสิทธิ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ..... (ลงชื่อ) (นายสำราญ บุญเสรีฐ) รองนายกเทศมนตรี รักษาราชการแทน นายกเทศมนตรีตำบลวังงาม วัน/เดือน/ปี</p>	

-----ฉีกตามรายปรุ.....

ยื่นแบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
การยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงิน
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการยืนยันสิทธิ โดยได้รับตั้งแต่
เดือน.....พ.ศ.....เป็นต้นไป

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำขอ/รับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและเบี้ยความพิการ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน
เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....เกี่ยวพันเป็น.....
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....ออกให้ ณ
เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

- เป็นผู้มีอำนาจ ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ
 รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านบัญชีธนาคาร แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ
 ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ
 รับเงินเบี้ยความพิการผ่านบัญชีธนาคาร แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

ใบคำร้อง

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
หมายเลขโทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอเปลี่ยนแปลงวิธีการรับเงินเบี้ยยังชีพ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ
 เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
จากเดิม
 รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสคอมอบอำนาจให้.....
 โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....ธนาคาร.....
สาขา.....

เปลี่ยนเป็น
 รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสคอมอบอำนาจให้.....
 โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....ธนาคาร.....
สาขา.....

เหตุผลและความจำเป็น
เนื่องจาก

โดยข้าพเจ้าได้แนบหนังสือมอบอำนาจมาพร้อมคำร้องฉบับนี้แล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับคำร้อง
(.....)

ตำแหน่ง.....



บัตรประจำตัวคนพิการ

และ

**การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงิน
“เบี้ยความพิการ”**

บัตรประจำตัวคนพิการ

ตามระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ การออกบัตรและการกำหนดเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการการกำหนดสิทธิหรือการเปลี่ยนแปลงสิทธิและการขอสิทธิของคนพิการและอายุบัตรประจำตัวคนพิการพ.ศ.๒๕๕๖กำหนดการออกบัตรประจำตัวคนพิการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน

การยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ

ดำเนินการยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการด้วยตนเองได้ที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด/อำเภอที่มีศูนย์บริการแบบเบ็ดเสร็จ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หน่วยงานอื่น ๆ ของรัฐตามที่ผู้ว่าราชการจังหวัดประกาศกำหนด หรือติดต่อที่งานสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลวังงาม ให้เป็นผู้ประสานการทำบัตรประจำตัวคนพิการ

คุณสมบัติของคนพิการที่ยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ

1. มีสัญชาติไทย
2. บุคคลที่ยังไม่ได้แจ้งเกิด หรือบุคคลที่ไม่ปรากฏแน่ชัดว่าสัญชาติไทยต้องดำเนินการตามขั้นตอนตามพระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎรพ.ศ.2534 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) ก่อน

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ

1. เอกสารหลักฐานของคนพิการ
 - 1.1 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการ จำนวน 1 ฉบับ
หรือสำเนาสูติบัตรของคนพิการ (สำหรับผู้ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี)
 - 1.2 สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ จำนวน 1 ฉบับ
 - 1.3 รูปถ่ายคนพิการขนาด 1 นิ้ว (ถ่ายมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน) จำนวน 2 รูป
 - 1.4 เอกสารรับรองความพิการ ซึ่งรับรองโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของสถานพยาบาลรัฐหรือเอกชนที่อธิบดีประกาศกำหนด (ฉบับจริง) จำนวน 1 ฉบับ
 - 1.5 สภาพความพิการเป็นที่เห็นได้โดยประจักษ์ ให้ถ่ายสภาพความพิการไว้เป็นหลักฐาน

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับคนพิการที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

2.เอกสารหลักฐานของผู้ดูแลคนพิการ (เป็นผู้ซึ่งมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเดียวกันกับคนพิการ หรือเป็นผู้ดูแลคนพิการซึ่งคนพิการอาศัยอยู่ด้วยตามความเป็นจริง)

- 2.1 สำเนาบัตรประชาชนของผู้ดูแลคนพิการ จำนวน 1 ฉบับ
- 2.2 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ จำนวน 1 ฉบับ

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับผู้ดูแลคนพิการที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

กรณีคนพิการกับผู้ดูแลคนพิการคนใหม่อยู่คนละทะเบียนบ้านกัน ต้องมีหนังสือรับรอง (ติดต่อบริษัทที่งานสวัสดิการสังคม) ว่าเป็นผู้ดูแลคนพิการจริง โดยให้กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกสภาท้องถิ่น ประธานชุมชน ลูกจ้างประจำ (หน่วยงานราชการ, รัฐวิสาหกิจ) เป็นผู้รับรอง พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวของผู้รับรอง (ลงลายมือชื่อสำเนาถูกต้อง) จำนวน 1 ฉบับ โดยผู้รับรองต้องอาศัยอยู่หรือปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่เดียวกับคนพิการอาศัยอยู่ในปัจจุบัน

กรณีคนพิการเป็นผู้เยาว์ คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือคนไร้ความสามารถ หรือมีความพิการมาก ไม่สามารถดำเนินการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการด้วยตนเองได้ สามารถให้ผู้ปกครอง ผู้ดูแล หรือมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการแทนได้ โดยมีเอกสารประกอบ ดังนี้

- | | | | |
|---|-------|---|------|
| 1. หนังสือมอบอำนาจ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ (คนพิการ) หรือสำเนาสูติบัตรของคนพิการ (สำหรับผู้ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี) | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 4. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มอบอำนาจ (คนพิการ) | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 5. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ | จำนวน | 1 | ฉบับ |

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการที่ไม่สามารถเขียนได้ ให้พิมพ์ลายมือแทน

เมื่อคนพิการหรือผู้รับมอบอำนาจทำการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการแล้ว เจ้าหน้าที่สวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์ จะดำเนินการส่งเอกสารหลักฐานต่าง ๆ ไปที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชลบุรี หรือหน่วยงานอื่น ๆ ของรัฐตามที่ผู้ว่าราชการจังหวัดประกาศกำหนด เพื่อให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการบันทึกข้อมูลและออกบัตรประจำตัวคนพิการ เมื่อแล้วเสร็จเจ้าหน้าที่กองสวัสดิการสังคม จะทำการติดต่อให้คนพิการหรือผู้รับมอบอำนาจมารับบัตรประจำตัวคนพิการ เพื่อดำเนินการลงทะเบียนและยื่นคำขอ รับเงินเบี้ยความพิการต่อไป



การยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการใหม่ เนื่องจากบัตรเดิมหมดอายุ ชำรุด สูญหายมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

งานสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลบัวงาม ขอให้คนพิการและผู้ดูแลตรวจสอบวันหมดอายุของบัตรประจำตัวคนพิการ กรณีบัตรประจำตัวคนพิการหมดอายุ กรมบัญชีกลางจะระงับการจ่ายเบี้ยยังชีพความพิการจนกว่าจะดำเนินการต่ออายุบัตรประจำตัว หากตรวจสอบแล้วพบว่าบัตรประจำตัวคนพิการของตนหมดอายุให้เร่งดำเนินการต่ออายุทันที และให้แจ้งข้อมูลของบัตรประจำตัวคนพิการฉบับใหม่กับเทศบาลตำบลบัวงาม เพื่อจะดำเนินการปรับปรุงฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบันและจะได้รับสิทธิ์เบี้ยยังชีพความพิการต่อไป

โดยสามารถยื่นล่วงหน้าก่อนวันหมดอายุ 1 เดือน และยื่นหลังจากหมดอายุไม่เกิน 1 ปี ถ้าเกิน 1 ปี ต้องดำเนินการขอเอกสารรับรองความพิการใหม่

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการใหม่

- | | | | |
|--|-------|---|------|
| 1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการ
หรือสำเนาสูติบัตรของคนพิการ (สำหรับผู้ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี) | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 2. สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 3. รูปถ่ายคนพิการขนาด 1 นิ้ว (ถ่ายมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน) | จำนวน | 2 | รูป |
| 4. บัตรคนพิการที่หมดอายุแล้ว | | | |

หมายเหตุ: 1) สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับคนพิการที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน
2) กรณีมีผู้ดูแลอยู่แล้วและไม่ประสงค์เปลี่ยนแปลงผู้ดูแล ไม่ต้องยื่นเอกสารของผู้ดูแล

กรณีคนพิการเป็นผู้เยาว์ คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือคนไร้ความสามารถ หรือมีความพิการมาก ไม่สามารถดำเนินการยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการใหม่ด้วยตนเองได้ สามารถให้ผู้ปกครอง ผู้ดูแล หรือมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการใหม่แทนได้ โดยมีเอกสารประกอบ ดังนี้

- | | | | |
|--|-------|---|------|
| 1. หนังสือมอบอำนาจ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ (คนพิการ)
หรือสำเนาสูติบัตรของคนพิการ (สำหรับผู้ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี) | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 4. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มอบอำนาจ (คนพิการ) | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 5. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ | จำนวน | 1 | ฉบับ |

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

การเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ

การดำเนินการเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ ต้องได้รับการยินยอมจากคนพิการและผู้ดูแลเดิม สามารถติดต่อได้ที่สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานี หรือติดต่อที่กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลบัวงาม

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอการเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ

1. เอกสารหลักฐานของคนพิการ

1.1 บัตรประจำตัวคนพิการ (ตัวจริง)

1.2 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการ จำนวน 1 ฉบับ
หรือสำเนาสูติบัตรของคนพิการ (สำหรับผู้ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี)

1.2 สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ จำนวน 1 ฉบับ

1.3 รูปถ่ายคนพิการขนาด 1 นิ้ว (ถ่ายมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน) จำนวน 2 รูป

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับคนพิการที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

2. เอกสารหลักฐานของผู้ดูแลคนพิการคนเดิม

2.1 สำเนาบัตรประชาชนของผู้ดูแลคนพิการคนเดิม จำนวน 1 ฉบับ

2.2 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการคนเดิม จำนวน 1 ฉบับ

2.3 สำเนาใบมรณะ (กรณีผู้ดูแลคนเดิมเสียชีวิต) จำนวน 1 ฉบับ

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับผู้ดูแลคนพิการที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

3. เอกสารหลักฐานของผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ (เป็นผู้ซึ่งมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเดียวกันกับคนพิการ หรือเป็นผู้ดูแลคนพิการซึ่งคนพิการอาศัยอยู่ด้วยตามความเป็นจริง)

3.1 หนังสือยินยอมให้เปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ จำนวน 1 ฉบับ

3.2 สำเนาบัตรประชาชนของผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ จำนวน 1 ฉบับ

3.3 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ จำนวน 1 ฉบับ

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับผู้ดูแลคนพิการที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

กรณีคนพิการกับผู้ดูแลคนพิการคนใหม่อยู่คนละทะเบียนบ้านกัน ต้องมีหนังสือรับรอง (ติดต่อรับได้ที่งานสวัสดิการสังคม) ว่าเป็นผู้ดูแลคนพิการจริง โดยให้กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกสภาท้องถิ่น ประธานชุมชน ลูกจ้างประจำ (หน่วยงานราชการ, รัฐวิสาหกิจ) เป็นผู้รับรอง พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวของผู้รับรอง (ลงลายมือชื่อสำเนาถูกต้อง) จำนวน 1 ฉบับ โดยผู้รับรองต้องอาศัยอยู่หรือปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่เดียวกับคนพิการอาศัยอยู่ในปัจจุบัน



แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปถ่าย
คนพิการ

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

- ขอมีบัตรครั้งแรก
- ขอมีบัตรเนื่องจาก บัตรเดิมหมดอายุ ชำรุด
 สูญหาย มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ
 อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

- ๑.๑ คำนานี้ นาม 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 ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....
- ๑.๙ การศึกษา
- ไม่ได้เรียน
- จบการศึกษาชั้นสูงสุด
- ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย
- ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)
- อนุปริญญา ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
- ปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
- สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
- อื่น ๆ (ระบุ)
- ๑.๑๐ อาชีพ
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....
- ประกอบอาชีพ
- เกษตรกรรม รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ลูกจ้างเอกชน
- รับจ้างทั่วไป ธุรกิจส่วนตัว อาชีพอื่น ๆ (ระบุ).....
- ๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ.....บาท/เดือน
- ๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว).....บาท
- ๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี)คน

๑.๑๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

- ทางการเห็น ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
 ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ทางสติปัญญา ทางการเรียนรู้ ทางอหิสติก

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ไม่มี มี (กรอกข้อมูลข้อ ๓.๒)

๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(๑) คำนำนานาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่นๆ(ระบุ)

(๒) ชื่อ..... นามสกุล.....

(๓) เลขประจำตัวประชาชน - - - - -

เลขหนังสือเดินทาง (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)

(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ บิดมารดา บุตร สามเณรหรือภรรยา พี่น้อง
 ปู่ย่าตายาย ลุงป้า/น้าอา บุคคลอื่น (ระบุ).....

(๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

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

มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....

(๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล.....บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ยินยอม ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ.....

(.....)

คนพิการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน

เลขประจำตัวประชาชน - - - - -

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน เห็นควร ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ความเห็นอื่น ๆ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

หนังสือมอบอำนาจ

เรื่อง.....การขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ.....

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....๒๕.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า
อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... ซอย.....
หมู่..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....
ได้มอบอำนาจให้.....
อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... ซอย.....
หมู่..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจดำเนินการขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ กรณีการต่ออายุบัตร กรณีบัตรสูญหาย กรณีบัตรชำรุด กรณีเปลี่ยนแปลงสาระสำคัญบัตรประจำตัวคนพิการ หรือการอื่นใดแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน
(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ ๑. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน

๒. พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ อย่างละ ๑ ชุด

ใบมอบอำนาจทำบัตรประจำตัวคนพิการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เขียนที่.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

ซึ่งเป็นผู้พิการ อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....ออกเมื่อวันที่.....วันหมดอายุ.....

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

เกี่ยวข้องกับคนพิการเป็น.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....เป็นผู้ดำเนินการ

ทำบัตรประจำตัวคนพิการ / ต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ / แทนข้าพเจ้า

เพิ่มผู้ดูแล ชื่อ-สกุล..... เป็นผู้ดูแลข้าพเจ้า

เปลี่ยนผู้ดูแล จากเดิม ชื่อ-สกุล.....

เปลี่ยนเป็น ชื่อ-สกุล.....บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

อื่นๆ.....

แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจของข้าพเจ้าได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการเองด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ (ผู้พิการ)

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

****แนบสำเนาบัตรประชาชนพร้อมลงลายมือชื่อทุกคน****

หมายเหตุ - การรับรองเอกสารอันเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา

หนังสือยินยอมให้เปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....
ออกให้โดย.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....
ในฐานะเป็น ผู้พิการ เดิมมี นาย/นาง/นางสาว.....เป็นผู้ดูแลพิการ มีชื่อที่ปรากฏ
ในบัตรประจำตัวคนพิการ

ข้าพเจ้ายินยอมให้เปลี่ยนแปลงผู้ดูแลใหม่ จากเดิม นาย/นาง/นางสาว.....
เปลี่ยนเป็น นาย/นาง/นางสาว.....
บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....
โดยผู้ดูแลคนพิการคนใหม่มีความเกี่ยวพันเป็น.....กับผู้พิการ เพื่อให้ใช้หนังสือฉบับนี้เป็น
หลักฐานประกอบการขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อผู้ยินยอม
(.....)

ผู้พิการ

ลงชื่อ.....ผู้ดูแลใหม่
(.....)

แนบสำเนาบัตรประชาชนพร้อมลงลายมือชื่อ } ลงชื่อ.....ผู้ดูแลเดิม
(.....)

หมายเหตุ : การรับรองเอกสารอันเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางและทางอาญา

หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ชื่อผู้รับรอง).....อายุ.....ปี

บัตรประจำตัวข้าราชการ/บัตรประจำตัวพนักงาน เลขที่.....

ตำแหน่ง..... ออกให้โดย.....

วันหมดอายุ..... มีสถานภาพเป็น

- กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกสภาท้องถิ่น
 ประธานชุมชน พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ (ของหน่วยงานราชการ, รัฐวิสาหกิจ)

อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....

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

โทรศัพท์..... ซึ่งอาศัย หรือปฏิบัติหน้าที่ อยู่ในพื้นที่เดียวกันกับคนพิการพักอาศัยอยู่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า (ชื่อผู้ดูแล).....

เป็นผู้ดูแลคนพิการชื่อ (ชื่อคนพิการ).....เลขประจำตัวประชาชน

.....จริง โดยผู้ดูแลคนพิการ มีความเกี่ยวพันเป็น.....

กับคนพิการ และเป็นผู้ดูแลคนพิการ ซึ่งปัจจุบันพักอาศัยอยู่บ้านหลังเดียวกันจริง ทั้งนี้เพื่อให้ใช้หนังสือรับรองฉบับนี้

เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา

- ออกบัตรประจำตัวคนพิการ เปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ เพิ่มชื่อผู้ดูแลคนพิการ

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

แนบสำเนาบัตรประจำตำแหน่ง

พร้อมลงลายมือชื่อ

กรณีไม่มีบัตรประจำตำแหน่ง ให้ใช้หนังสือแต่งตั้งและ
สำเนาบัตรประชาชนพร้อมลงลายมือชื่อ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

พยานแนบสำเนาบัตรประชาชนพร้อมลงลายมือชื่อ

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ :

- บัตรประจำตัวกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกสภาท้องถิ่น ประธานชุมชน
พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พร้อมรับรองสำเนาบัตรประจำตัวมาด้วย
- การรับรองเอกสารอันเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม กำหนดให้คนพิการที่ได้จดทะเบียนคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา และมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป

คุณสมบัติของคนพิการที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการ

1. มีสัญชาติไทย
2. มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตเทศบาลตำบลวังงาม
3. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
4. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

เอกสารหลักฐานในการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

- | | | | |
|--|-------|---|------|
| 1. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 3. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 4. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร | จำนวน | 1 | ฉบับ |

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับคนพิการที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

กรณีที่คนพิการไม่สามารถดำเนินการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองได้สามารถมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการแทนได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกองงานสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลวังงาม โดยมีเอกสารประกอบ ดังนี้

- | | | | |
|--|-------|---|------|
| 1. หนังสือมอบอำนาจ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 2. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ (คนพิการ) | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 4. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มอบอำนาจ (คนพิการ) | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 5. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 6. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (คนพิการ หรือผู้รับมอบอำนาจ) | จำนวน | 1 | ฉบับ |

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับคนพิการที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

กรณีที่คนพิการได้รับเงินเบี้ยความพิการอยู่แล้ว และได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลบัวงาม ให้คนพิการมาลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการที่เทศบาลตำบลบัวงาม อีกครั้งหนึ่งและให้ได้รับเบี้ยความพิการจากเทศบาลตำบลบัวงามในเดือนถัดไป ทั้งนี้ ต้องได้รับการยืนยันจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมที่จ่ายเงินเบี้ยความพิการเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน

การจ่ายเงินเบี้ยความพิการ



การสิ้นสุดการได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

1. ตาย
2. ขาดคุณสมบัติ
3. แจ้งสิทธิการขอรับเงินเบี้ยความพิการ
4. ย้ายทะเบียนบ้านไปนอกเขตเทศบาลตำบลบัวงาม

ขั้นตอนการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

คนพิการมาลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการพร้อมเอกสารหลักฐาน

ณ งานสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลบัวงาม

(วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เว้นวันหยุดราชการ ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น.)

(ใช้เวลาประมาณ 3 นาที)



- เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน
- สอบถามข้อมูล
- บันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพของอปท.

(ใช้เวลาประมาณ 3 นาที)



รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

(ใช้เวลาประมาณ 1 วัน)



เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)

(ใช้เวลาประมาณ 1 วัน)



ประกาศรายชื่อผู้มาลงทะเบียนและยื่นคำขอฯ ในแต่ละเดือน

(เป็นระยะเวลา 15 วัน)



กรมบัญชีกลางโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารของคนพิการทุกวันที่ 10 ของเดือน

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา-มารดา บุตร สามเณร-ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลคนพิการ อื่นๆ

ลงทะเบียนชื่อ – สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....

เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ ----

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.....ตำบล บัวงาม อำเภอ เดชอุดม จังหวัด อุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์..... 34160.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้พิการที่ยื่นคำขอ ----

ประเภทความพิการ ความพิการทางการเห็น ความพิการทางการสติปัญญา ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางอภิสติ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม พิการซ้ำซ้อน ไม่ระบุความพิการ

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

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้โทรศัพท์.....

ข้อมูลทั่วไป: สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ

- ยังไม่เคยได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....
- ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อื่นๆ (ระบุ).....
- มีอาชีพ (ระบุ)..... รายได้ต่อเดือน(ระบุ)..... บาท

มีความประสงค์ในการแสดงเจตจำนงเป็นลายลักษณ์อักษรให้รับเงินเบี้ยความพิการแทน“ทั้งในขณะที่ชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว” ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

- เงินสดนามผู้มีสิทธิ เงินสดในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
 - โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
- ธนาคาร.....ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

พร้อมแนบเอกสารดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย สำเนาทะเบียนบ้าน
 - สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร..... สาขา.....
- บัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯแทน)

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่เป็นบุคคลที่อยู่ในอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการหากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

(ลงชื่อ).....
(.....)

(ลงชื่อ).....
(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว/.....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก.....</p> <p style="text-align: center;">(ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีตำบลวังงาม คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบ แล้วมีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับ ลงทะเบียน</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"/> อื่น ๆ</p> <p style="text-align: center;">(ลงชื่อ)..... (.....) นายกเทศมนตรีตำบลวังงาม วัน/เดือน/ปี.....</p>	

ตัดตามเส้นประให้คนพิการที่ขึ้นทะเบียน

ทะเบียนเลขที่...../.....

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยจะได้รับ
เงินเบี้ยความพิการตั้งแต่เดือน..... ในอัตราเดือนละ บาท กรณีคนพิการย้าย
ภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่
โดยทันที เพื่อรักษาสวัสดิภาพให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการ

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

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

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำขอ/รับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและเบี้ยความพิการ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน
เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

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

- เป็นผู้มีอำนาจ ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ
 รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านบัญชีธนาคาร แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ
 ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ
 รับเงินเบี้ยความพิการผ่านบัญชีธนาคาร แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

ใบคำร้อง

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
หมายเลขโทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอเปลี่ยนแปลงวิธีการรับเงินเบี้ยยังชีพ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ
 เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
จากเดิม
 รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดมอบอำนาจให้.....
 โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....ธนาคาร.....
สาขา.....

เปลี่ยนเป็น
 รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดมอบอำนาจให้.....
 โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....ธนาคาร.....
สาขา.....

เหตุผลและความจำเป็น
เนื่องจาก

โดยข้าพเจ้าได้แนบหนังสือมอบอำนาจมาพร้อมคำร้องฉบับนี้แล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับคำร้อง
(.....)

ตำแหน่ง.....



**การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงิน
“สงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์”**

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2548 กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนเองมีภูมิลำเนาอยู่

คุณสมบัติผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

1. มีสัญชาติไทย
2. มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์
3. มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้
4. ได้รับการรับรองและวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์**

**** ต้องวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์แล้วเท่านั้น หากแต่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV จะยังไม่ถือว่าเป็นสิทธิ**

หมายเหตุ : 1) ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาซับซ้อน หรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐจะเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

- 2) กรณีผู้ป่วยเอดส์เป็นผู้สูงอายุและคนพิการด้วย สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด

เอกสารหลักฐานในการขึ้นทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

- | | | | |
|--|-------|---|------|
| 1. ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลแห่งรัฐรับรองว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ (ฉบับจริง) | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 3. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 4. สำเนาสมุดเงินฝากบัญชีธนาคาร | จำนวน | 1 | ฉบับ |

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถมาลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ด้วยตนเองได้ สามารถมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์แทนได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์ โดยมีเอกสารประกอบเพิ่มเติม ดังนี้

- | | | | |
|--|-------|---|------|
| 1. หนังสือมอบอำนาจ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ (ผู้ป่วยเอดส์) | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 4. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มอบอำนาจ (ผู้ป่วยเอดส์) | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 5. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 6. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ผู้ป่วยเอดส์ หรือผู้รับมอบอำนาจ) | จำนวน | 1 | ฉบับ |

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์อยู่แล้ว และได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์ ให้ผู้ป่วยเอดส์มาลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ที่เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์อีกครั้งหนึ่ง โดยเจ้าหน้าที่จะลงพื้นที่เพื่อตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยเอดส์ว่ามีคุณสมบัติในการขอรับเงินสงเคราะห์หรือไม่ เมื่อตรวจสอบเรียบร้อยแล้วว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติตามที่กำหนด เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์จะทำการอนุมัติเบิกจ่ายโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารของผู้ป่วยเอดส์ ทั้งนี้ ต้องได้รับการยืนยันจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมที่จ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน

การจ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์_ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์เป็นจำนวนเงิน 500 บาท ต่อเดือน

การสิ้นสุดการได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

1. ตาย
2. ขาดคุณสมบัติ
3. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
4. ย้ายทะเบียนบ้านไปนอกเขตเทศบาลตำบลบัวงาม

ขั้นตอนการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ผู้ป่วยเอดส์มาลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ฯ พร้อมเอกสารหลักฐาน

ณ งานสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลบัวงาม

(วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เว้นวันหยุดราชการ ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น.)

(ใช้เวลาประมาณ 3 นาที)

- เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน และคุณสมบัติเบื้องต้น
- สอบถามข้อมูล

(ใช้เวลาประมาณ 3 นาที)

เจ้าหน้าที่ลงพื้นที่เพื่อตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยเอดส์
ว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่

รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

(ใช้เวลาประมาณ 1 วัน)

เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)

(ใช้เวลาประมาณ 1 วัน)

ขั้นตอนการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

ประกาศรายชื่อผู้ลงทะเบียนและยื่นคำขอฯ ในแต่ละเดือน

(เป็นระยะเวลา 15 วัน)



บันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเป็ยยังชีพของ อปท.



เทศบาลตำบลบัวงามทำการเบิกจ่ายจากเทศบัญญัติ
โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารของผู้ป่วยเอดส์ทุกวันที่ 10 ของเดือน

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕.....

ผู้ยื่นคำขอฯ แจ้งด้วยตนเอง
 ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน.

ชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน
 ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 โทรศัพท์.....

เขียนที่.....
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....
 เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ.อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนา
 ทะเบียนบ้านเลขที่.....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 อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ย
 ยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.โดยวิธีดังต่อไปนี้

(เลือก ๑ วิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบ
 อำนาจจากผู้มีสิทธิ พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
- หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ลงในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

เรียน คณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □ - □□□□ - □□□□□ - □□ - □ แล้ว

เป็นผู้มีสิทธิครบถ้วน

เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกเทศมนตรี.....

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

สมควรรับขึ้นทะเบียน

ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

.....
(.....) (.....) (.....)
กรรมการ กรรมการ กรรมการ

คำสั่ง

รับขึ้นทะเบียน

ไม่รับขึ้นทะเบียน

อื่นๆ.....

(.....)

นายกเทศมนตรีตำบล.....

..... / /

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

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

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

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำ
ด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หนังสือมอบอำนาจยื่นรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

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

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

เป็นผู้มีอำนาจ รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ “ทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว”
จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงกรมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วย
ตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

