

คู่มือปฏิบัติงานการจัดสวัสดิการสังคม



- การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ
- การยื่นขอบัตรประจำตัวผู้พิการ
- การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
- การขอรับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุ
- การยื่นคำร้องขอรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

กองสวัสดิการสังคม

สำนักงานเทศบาลตำบลหนองบัวลิม

โทร 0-4279-3009

คำนำ

กองสวัสดิการสังคม ทต.หนองบัวสิม มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในเขต ทต.หนองบัวสิม และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลเหล่านี้ รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนคนพิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ และรับคำร้องผู้ป่วยเอดส์เพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์รวมทั้งการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพฯ ให้กับบุคคลดังกล่าว โดยถือปฏิบัติตามระบวรกฎหมายว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็ว และถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าว ทต.หนองบัวสิม จึงได้จัดทำคู่มือการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ การยื่นคำร้องเพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ขึ้น

กองสวัสดิการสังคม ทต.หนองบัวสิม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการต่อไป

กองสวัสดิการสังคม

ทต.หนองบัวสิม

1. คู่มือสำหรับประชาชน ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

งานที่ให้บริการ การลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ งานสวัสดิการสังคม

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ ระยะเวลาเปิดให้บริการ

กองสวัสดิการสังคม สำนักงานเทศบาลตำบลหนองบัวลิม

โทร.0-4279-3009

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เวลา 08.30 – 16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอ

หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ สำนักงานเทศบาลตำบลหนองบัวลิม รับขึ้นทะเบียนเป็นประจำทุกเดือน (ในวันและเวลาราชการ)

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

1. สัญชาติไทย

2. มีอายุ 59 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (ในกรณีที่ทะเบียนราษฎรระบุเฉพาะปีเกิด ให้ถือว่าบุคคลนั้นเกิดวันที่ 1 มกราคมของปีนั้น เช่น เกิด พ.ศ. 2497 ให้ถือว่าเกิดวันที่ 1 มกราคม 2497)

3. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลหนองบัวลิม

4. ไม่เป็นผู้ที่ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ เทศบาล หรือ อบต.

ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ที่ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐ เทศบาล หรือ อบต. จัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบ

กรณีผู้อื่นยื่นเอกสารแทน

สามารถยื่นเอกสารแทนผู้สูงอายุได้ และหากผู้สูงอายุมีความประสงค์โอนเงินเข้าบัญชีผู้อื่น ต้องมีหนังสือมอบ

อำนาจตัวจริง พร้อมสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ อย่างละ 1 ฉบับ

ผู้สูงอายุที่ลงทะเบียนไว้แล้ว จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพ ในเดือนถัดไป (หลังจากอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์) เว้นแต่ เกิดในวันที่ 1 จะได้รับเงินในเดือนเกิด (เมื่ออายุครบ 60 ปีบริบูรณ์)

หลักเกณฑ์การรับเงินแบ่งตามอายุ ดังนี้

ปัจจุบันได้จ่ายแบบขั้นบันได

อายุ 60 – 69 ปี จะได้รับ 600 บาท

อายุ 70 – 79 ปี จะได้รับ 700 บาท

อายุ 80 – 89 ปี จะได้รับ 800 บาท

อายุ 90 ปีขึ้นไป จะได้รับ 1,000 บาท

หมายเหตุ ในผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุย้ายทะเบียนบ้านให้เทศบาล หรือ อบต.ที่เคยจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเดิมยังคงจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจนกว่าจะสิ้นสุดปีงบประมาณนั้น คือ เดือนกันยายน หากมีความประสงค์จะรับเบี้ยยังชีพกับเทศบาล หรือ อบต. แห่งใหม่ ต้องไปจดทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพที่เทศบาลหรือ อบต.แห่งใหม่ ในเดือนถัดไป

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

1. ผู้ลงทะเบียนยื่นเอกสารขอรับใบลงทะเบียน
2. เจ้าหน้าที่รับเอกสารและตรวจสอบข้อมูล
3. เช็คสถานะเอกสารที่ได้รับว่าตรงตามหลักเกณฑ์หรือไม่
4. รับลงทะเบียนผู้รับบริการ
5. เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียนเซ็นรับรองความถูกต้อง
6. ฉีกเอกสารแนบท้ายเพื่อยืนยันว่าขึ้นทะเบียนแล้ว

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 30 วัน

รายการเอกสารหรือหลักฐานประกอบที่ต้องใช้

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
3. สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร จำนวน 1 ฉบับ (ยกเว้น ธนาคารทหารไทย, ธนาคารธนชาติ และธนาคารทหารไทย-ธนชาติ)
4. การยื่นคำขอรับการสงเคราะห์ สามารถยื่นเอกสารได้ด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อื่นได้

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

สำนักงานเทศบาลตำหนักบัวสิม

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ผังแสดงขั้นตอนการลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



(การรับลงทะเบียนใช้ระยะเวลาภายใน ๑๐ นาที)

รวมระยะเวลาพิจารณาอนุมัติ ภายใน ๓๐ วัน

2.คู่มือสำหรับประชาชน ขอรับเงินเบี้ยความพิการ

งานที่ให้บริการ การลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ งานสวัสดิการสังคม

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ ระยะเวลาเปิดให้บริการ

กองสวัสดิการสังคม สำนักงานเทศบาลตำบลหนองบัวสิม

โทร.0-4279-3009

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เวลา 08.30 – 16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอ

หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยความพิการ สำนักงานเทศบาลตำบลหนองบัวสิม รับขึ้นทะเบียนเป็นประจำทุกเดือน (ในวันและเวลาราชการ)

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิรับเบี้ยความพิการ

1. สัญชาติไทย
2. มีบัตรประจำตัวคนพิการ
3. มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎรในเขตตำบลหนองบัวสิม
4. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในทะเบียนความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ
5. ในกรณีผู้พิการเป็นผู้ซึ่งต้องขังหรือจำคุกอยู่ในเรือนจำ ทัดตสถาน หรือสถานคุมขังของกรมราชทัณฑ์ หรือเป็นผู้ซึ่งถูกควบคุมอยู่ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน หรือศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชน ให้แปลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการต่อผู้บังคับบัญชาการ หรือผู้อำนวยการตามสถานที่ที่อยู่ ผู้พิการที่ขึ้นทะเบียนไว้ จะได้รับเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

1. ผู้ลงทะเบียนยื่นเอกสารขอรับใบลงทะเบียน
2. เจ้าหน้าที่รับเอกสารและตรวจสอบข้อมูล
3. เช็คสถานะเอกสารที่ได้รับว่าตรงตามหลักเกณฑ์หรือไม่
4. รับลงทะเบียนผู้รับบริการ
5. เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียนเซ็นรับรองความถูกต้อง
6. ฉีกเอกสารแนบท้ายเพื่อยืนยันว่าขึ้นทะเบียนแล้ว

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 30 วัน

รายการเอกสารหรือหลักฐานประกอบที่ต้องใช้

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
3. สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร จำนวน 1 ฉบับ (ยกเว้น ธนาคารทหารไทย, ธนาคารธนชาติ และธนาคารทหารไทย ธนชาติ)
4. การยื่นคำขอรับการสงเคราะห์ สามารถยื่นเอกสารได้ด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อื่นได้

หลักฐานสำหรับผู้อื่นที่ยื่นแทน

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
3. หนังสือมอบอำนาจ จำนวน 1 ฉบับ
4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร จำนวน 1 ฉบับ (ยกเว้น ธนาคารทหารไทย, ธนาคารธนชาติ และธนาคารทหารไทยธนชาติ)

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

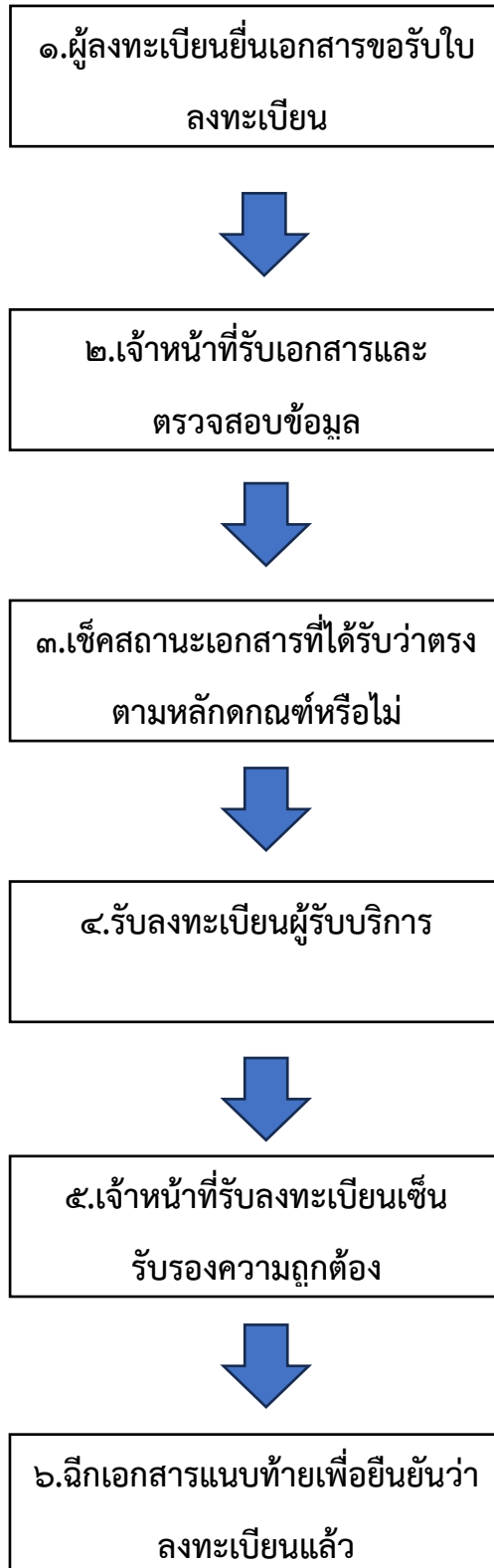
การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านม่วง

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ผังแสดงขั้นตอนการลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ



(การรับลงทะเบียนใช้ระยะเวลาภายใน ๑๐ นาที)

รวมระยะเวลาพิจารณาอนุมัติ ภายใน ๓๐ วัน

3.คู่มือสำหรับประชาชน ยื่นขอบัตรประจำตัวผู้พิการ

งานที่ให้บริการ การลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ งานสวัสดิการสังคม

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ ระยะเวลาเปิดให้บริการ

กองสวัสดิการสังคม สำนักงานเทศบาลตำบลหนองบัวสิม

โทร.0-4279-3009

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เวลา 08.30 – 16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอ

การจัดบริการสาธารณะเป็นภารกิจสำคัญที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องดำเนินการทั้งตามอำนาจหน้าที่และที่ได้รับถ่ายโอนจากส่วนราชการต่างๆ ซึ่งตามพระราชบัญญัติสภาพัฒนาการและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 มาตรา 67 (6) และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 16 (10) กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอำนาจและหน้าที่ในการดำเนินการสังคมสงเคราะห์และการพัฒนาคุณภาพเด็ก สตรี คนชรา คนพิการและผู้ด้อยโอกาส ให้ได้รับความคุ้มครองที่เท่าเทียมกัน ตามหลักสิทธิมนุษยชน และการมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะของประชาชนในท้องถิ่น

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

1. ประชาชนยื่นเอกสารแบบคำขอ
2. เจ้าหน้าที่รับและตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร
3. เจ้าหน้าที่ส่งเรื่องต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสกลนคร

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 30 วัน

รายการเอกสารหรือหลักฐานประกอบที่ต้องใช้

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
3. รูปถ่าย ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป
4. ใบรับรองเป็นผู้พิการจากแพทย์

กรณีประสงค์มีผู้ดูแลคนพิการ

1. สำเนาบัตรประชาชน (ผู้ดูแลคนพิการ) 1 ฉบับ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้ดูแลคนพิการ) 1 ฉบับ
3. หนังสือรับรองผู้ดูแลคนพิการ

(พร้อมสำเนาบัตรประจำตำแหน่งผู้รับรอง 1 ฉบับ)

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่
สำนักงานเทศบาลตำบลหนองบัวลิม

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ผังแสดงขั้นตอนการยื่นคำขอทำบัตรประจำตัวผู้พิการ
(ส่งเรื่องต่อ พมจ.)

๑.ประชาชนยื่นเอกสารแบบคำขอ



๒.เจ้าหน้าที่รับเอกสารและ
ตรวจสอบความถูกต้อง



๓.เจ้าหน้าที่ส่งเรื่องต่อสำนักงาน
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของ
มนุษย์จังหวัดสกลนคร

(การรับลงทะเบียนใช้
ระยะเวลาภายใน ๑๐ นาที)

รวมระยะเวลาพิจารณาอนุมัติ ภายใน ๓๐ วัน

4. คู่มือสำหรับประชาชน ขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

งานที่ให้บริการ การลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ งานสวัสดิการสังคม

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ ระยะเวลาเปิดให้บริการ

กองสวัสดิการสังคม สำนักงานเทศบาลตำบลหนองบัวลิม

โทร.0-4279-3009

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เวลา 08.30 – 16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอ

การจัดบริการสาธารณะเป็นภารกิจสำคัญที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องดำเนินการทั้งตามอำนาจหน้าที่และที่ได้รับถ่ายโอนจากส่วนราชการต่างๆ ซึ่งตามพระราชบัญญัติสภาพัฒนาการและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 มาตรา 67 (6) และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 16 (10) กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอำนาจและหน้าที่ในการดำเนินการสังคมสงเคราะห์และการพัฒนาคุณภาพเด็ก สตรี คนชรา คนพิการและผู้ด้อยโอกาส ให้ได้รับความคุ้มครองที่เท่าเทียมกัน ตามหลักสิทธิมนุษยชน และการมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะของประชาชนในท้องถิ่น

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

1. ประชาชนยื่นเอกสารแบบคำขอ
2. เจ้าหน้าที่รับและตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร
3. เจ้าหน้าที่เสนอเรื่องต่อผู้บริหารอนุมัติ

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 30 วัน

รายการเอกสารหรือหลักฐานประกอบที่ต้องใช้

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
3. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร จำนวน 1 ฉบับ
(ยกเว้น ธนาคารทหารไทย, ธนาคารธนาชาติ และธนาคารทหารไทยธนาชาติ)
4. การยื่นคำขอรับการสงเคราะห์สามารถยื่นเอกสารได้ด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อื่นแทนได้
5. ใบรับรองแพทย์ (ระบุชื่อโรค) ฉบับจริง

หลักฐานสำหรับผู้ยื่นที่มายื่นแทน

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

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่
องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านม่วง

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

5.คู่มือสำหรับประชาชน ขอรับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุ

งานที่ให้บริการ การลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ งานสวัสดิการสังคม

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ ระยะเวลาเปิดให้บริการ

กองสวัสดิการสังคม สำนักงานเทศบาลตำบลหนองบัวลิม

โทร.0-4279-3009

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เวลา 08.30 – 16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอ

การจัดบริการสาธารณะเป็นภารกิจสำคัญที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องดำเนินการทั้งตามอำนาจหน้าที่และที่ได้รับถ่ายโอนจากส่วนราชการต่างๆ ซึ่งตามพระราชบัญญัติสภาพัฒนาการและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 มาตรา 67 (6) และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 16 (10) กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอำนาจและหน้าที่ในการดำเนินการสังคมสงเคราะห์และการพัฒนาคุณภาพเด็ก สตรี คนชรา คนพิการและผู้ด้อยโอกาส ให้ได้รับความคุ้มครองที่เท่าเทียมกัน ตามหลักสิทธิมนุษยชน และการมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะของประชาชนในท้องถิ่น

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

1. ประชาชนยื่นเอกสารแบบคำขอ
2. เจ้าหน้าที่รับและตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร
3. เจ้าหน้าที่ส่งเรื่องต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสกลนคร

ระยะเวลา

ไม่สามารถระบุได้

รายการเอกสารหรือหลักฐานประกอบที่ต้องใช้

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน, สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาใบมรณะบัตรของผู้เสียชีวิต อย่างละ 1 ฉบับ โดยให้ผู้ขอรับค่าจัดการศพรับรองสำเนาทุกฉบับ
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน, สำเนาทะเบียนบ้าน ผู้ยื่นขอรับค่าจัดการศพ อย่างละ 1 ฉบับ
3. หนังสือรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพ จำนวน 1 ฉบับ (ผู้ที่สามารถรับรองได้คือ กำนัน หรือ ผู้ใหญ่บ้าน)

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่
องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านม่วง

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ผังแสดงขั้นตอนการยื่นแบบคำขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ
ผู้ป่วยเอดส์รายใหม่

1.ประชาชนยื่นเอกสารแบบคำขอ



2.เจ้าหน้าที่รับเอกสารและ
ตรวจสอบความถูกต้อง



3.เจ้าหน้าที่เสนอเรื่องต่อผู้บริหาร
เพื่อพิจารณาอนุมัติ

(การรับลงทะเบียนใช้
ระยะเวลาภายใน ๑๐ นาที)

รวมระยะเวลาพิจารณาอนุมัติ ภายใน ๓๐ วัน

ผังแสดงขั้นตอนการยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพ
ผู้สูงอายุตามประเพณี (ส่งเรื่องต่อ พมจ.สกลนคร)

1.ประชาชนยื่นเอกสารแบบคำขอ



2.เจ้าหน้าที่รับเอกสารและ
ตรวจสอบความถูกต้อง



3.เจ้าหน้าที่ส่งเรื่องต่อสำนักงาน
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของ
มนุษย์จังหวัดสกลนคร

(การรับลงทะเบียนใช้
ระยะเวลาภายใน ๑๐ นาที)

รวมระยะเวลาพิจารณาอนุมัติ ภายใน ๓๐ วัน

6.การยื่นคำร้องขอรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

งานที่ให้บริการ การลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ งานสวัสดิการสังคม

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ ระยะเวลาเปิดให้บริการ

กองสวัสดิการสังคม สำนักงานเทศบาลตำบลหนองบัวลิม

โทร.0-4279-3009

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เวลา 08.30 – 16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอ

การจัดบริการสาธารณะเป็นภารกิจสำคัญที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องดำเนินการทั้งตามอำนาจหน้าที่และที่ได้รับถ่ายโอนจากส่วนราชการต่างๆ ซึ่งตามพระราชบัญญัติสภาพัฒนาการและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 มาตรา 67 (6) และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 16 (10) กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอำนาจและหน้าที่ในการดำเนินการส่งเสริมสงเคราะห์และการพัฒนาคุณภาพเด็ก สตรี คนชรา คนพิการและผู้ด้อยโอกาส ให้ได้รับความคุ้มครองที่เท่าเทียมกัน ตามหลักสิทธิมนุษยชน และการมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะของประชาชนในท้องถิ่น

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

1. ประชาชนยื่นเอกสารแบบลงทะเบียน (ดร.01) และแบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.02)
2. เจ้าหน้าที่รับและตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร
3. เจ้าหน้าที่ส่งเรื่องต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสกลนคร

ระยะเวลา

ไม่สามารถระบุได้

รายการเอกสารหรือหลักฐานประกอบที่ต้องใช้

1. แบบลงทะเบียน (ดร.01)
2. แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.02) (ผ่านการรับรองจากผู้ใหญ่บ้าน/อสม.)
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง (แม่หรือพ่อ)
4. สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิดสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (กรุงไทย, ออมสิน, หรือ ธ.ก.ส. ในชื่อแม่/ผู้ปกครอง) ที่ผูกพร้อมเพย์เลขบัตรประชาชน)
5. เอกสารรับรองรายได้/สลิปเงินเดือน (กรณีทำงานประจำ) หรือหนังสือรับรองรายได้ของสมาชิกในครัวเรือน

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่
องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านม่วง

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ผังแสดงขั้นตอนการยื่นคำร้องขอรับเงินอุดหนุน
เพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

1.ประชาชนยื่นเอกสารแบบคำขอ



2.เจ้าหน้าที่รับเอกสารและ
ตรวจสอบความถูกต้อง



3.เจ้าหน้าที่ส่งเรื่องต่อสำนักงาน
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของ
มนุษย์จังหวัดสกลนคร

(การรับลงทะเบียนใช้
ระยะเวลาภายใน ๑๐ นาที)

รวมระยะเวลาพิจารณาอนุมัติ ภายใน ๓๐ วัน

แบบฟอร์มต่างๆ

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

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

□-□□□□-□□□□□□-□□-□□ ที่อยู่.....
.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่...เทศบาลตำบลหนองบัวลิม.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

เกิดวันที่.....เดือนพ.ศ.อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนา

ทะเบียนบ้านเลขที่หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ ซอยถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดรหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์.....

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

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

- ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์
 ได้รับเงินเบี้ยความพิการ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ทะเบียนบ้าน
 สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
 บัญชีเงินฝากธนาคารบัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ
บำเหน็จรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและข้าพเจ้ายินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับ
ฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/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"/> แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ)</p> <p>(.....)</p> <p>เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายก เทศมนตรี/อบต.</p> <p>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว</p> <p>มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)</p> <p>()</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)</p> <p>()</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)</p> <p>()</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ)</p> <p>นายก เทศมนตรี/นายก อบต.</p> <p>วัน/เดือน/ปี</p>	

ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่ มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน โดยได้รับตั้งแต่เดือน พ.ศ. เป็นต้นไป กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนา ไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่นับแต่วันที่ย้ายแต่ไม่เกินเดือนพฤศจิกายนของปีนั้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้เบี้ยผู้สูงอายุ ณ องค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่นเดิมจนสิ้นปีงบประมาณ และรับที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ในปีงบประมาณถัดไป

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

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

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

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำ ด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หนังสือมอบอำนาจยื่นรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ที่
วันที่ เดือน พ.ศ.

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

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

เป็นผู้มีอำนาจ รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ “ทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงกรมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา - มารดา บุตร สามเณร - ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ)

เลขประจำตัวประชาชน ---- ที่อยู่

..... โทรศัพท์

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่...เทศบาลตำบลหนองบัวลิม.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

ค่านำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่นๆ (ระบุ)

ชื่อ นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือนพ.ศ. อายุ.....ปี สัญชาติ..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน เลขที่

.....หมู่ที่ ตรอก/ ซอย ถนน..... หมู่บ้าน/ชุมชน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ ----

ประเภทความพิการ ความพิการทางการเห็น ความพิการทางสติปัญญา

ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้

ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางอติสติติก

ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ โทรศัพท์.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ

.....

ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อื่นๆ (ระบุ)

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

มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ

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

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคาร สาขา เลขที่บัญชี --

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

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

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีความรู้คุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก</p> <p>(ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายก เทศมนตรี/อบต. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ)</p> <p>นายก เทศมนตรี/นายก อบต.</p> <p>วัน/เดือน/ปี </p>	

.....ติดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยจะเริ่มรับเงิน
เบี้ยยังชีพผู้พิการตั้งแต่วันที่ พ.ศ. ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายที่
อยู่ไปอยู่ที่อื่นในระหว่างปีงบประมาณ จะต้องไปยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่ทำการองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนนั้นๆ เพื่อรักษาสถานะให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนนั้นๆ

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

ที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

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

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

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำ
ด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หนังสือมอบอำนาจยื่นรับเงินเบี้ยความพิการ

ที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

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

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

เป็นผู้มีอำนาจ รับเงินเบี้ยความพิการ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ “ทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว”
จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงกรมมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำ
ด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

๑.๑๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

- ทางกาเห็น ทางกาได้อินหรือสื่อความหมาย ทางกาเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
 ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ทางสติปัญญา ทางกาเรียนรู้ 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 สามีหรือภรรยา พี่น้อง
 ปู่ย่าตายาย ลูกป้า/อา 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



แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปถ่าย
คนพิการ

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

- ขอมีบัตรครั้งแรก
- ขอมีบัตรเนื่องจาก บัตรเดิมหมดอายุ ชำรุด
- สูญหาย มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ
- อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

- ๑.๑ คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่น ๆ (ระบุ)
- ๑.๒ ชื่อ..... นามสกุล.....
- ๑.๓ เกิดเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.
- ๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน - - -
- ๑.๕ ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่น ๆ (ระบุ)
- ๑.๖ สถานภาพสมรส โสด สมรสอยู่ด้วยกัน หม้าย
- ๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....
- ๑.๘ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....
- ๑.๙ การศึกษา
- ไม่ได้เรียน
- จบการศึกษาชั้นสูงสุด
- ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย
- ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)
- อนุปริญญา ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
- ปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
- สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
- อื่น ๆ (ระบุ)
- ๑.๑๐ อาชีพ
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....
- ประกอบอาชีพ
- เกษตรกรรม รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ลูกจ้างเอกชน
- รับจ้างทั่วไป ธุรกิจส่วนตัว อาชีพอื่น ๆ (ระบุ).....
- ๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ.....บาท/เดือน
- ๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว).....บาท
- ๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี)คน

หนังสือขอสละสิทธิการรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

แบบ ดร.07

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....อาคาร/ตึก.....ชั้น.....

เลขที่ห้อง.....หมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....โทรศัพท์มือถือ.....

มีความประสงค์ขอสละสิทธิการรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด เนื่องจาก.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้สละสิทธิ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)



แบบคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิผู้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

วันที่ยื่นคำร้อง.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ยื่นคำร้อง

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล/นายกเทศมนตรีเทศบาล/นายกเมืองพัทยา/ผู้อำนวยการเขต.....

ข้าพเจ้า เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว

เลขประจำตัวประชาชน - - - -

มีความประสงค์ยื่นคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิผู้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดของ
เด็กชาย/เด็กหญิง.....

โดยขอเปลี่ยนแปลงผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

จาก เด็กชาย/เด็กหญิง/นาย/นาง/นางสาว.....

เป็น เด็กชาย/เด็กหญิง/นาย/นาง/นางสาว.....

เนื่องจาก.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง

ลงชื่อ.....

ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

ลงชื่อ.....

ผู้รับคำร้อง

ตำแหน่ง.....

ส่วนที่ 2

เรียน อธิบดีกรมกิจการเด็กและเยาวชน/พัฒนาสังคมและความมั่นคง

ของมนุษย์จังหวัด.....

พร้อมนี้ได้แนบ แบบ ดร.01 และ แบบ ดร.02 มาเรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

(.....)

ผอ.สำนักงานเขต/นายก อบต./นายกเทศมนตรีเทศบาล/

นายกเมืองพัทยา.....

วันที่.....

ส่วนที่ 3 การพิจารณาข้อเท็จจริง

ได้พิจารณาข้อเท็จจริงตามเหตุผลที่ระบุแล้ว พบว่า

ผู้ยื่นคำร้องเป็นผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนได้
ตามคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิ

ผู้ยื่นคำร้องเป็นผู้ไม่มีสิทธิรับเงินอุดหนุนได้
ตามคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิ

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

อธิบดีกรมกิจการเด็กและเยาวชน/

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด.....

วันที่.....



แบบคำร้องขอคัดค้าน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอคัดค้านรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบล/นายกเทศมนตรีเทศบาล/นายกเมืองพัทยา/ผู้อำนวยการเขต.....

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.อายุ ปี สัญชาติ.....เชื้อชาติ..... อยู่

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

.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ประกอบอาชีพ.....หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่ได้.....ขอยื่นคำร้องขอ

คัดค้านโดยมีรายละเอียด ดังนี้ข้าพเจ้าในฐานะเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ขอคัดค้าน เด็กชาย/เด็กหญิง/นาย/นาง/นางสาว.....ซึ่งเป็นผู้ปกครองที่มีสิทธิได้รับเงิน

อุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดของ ด.ช./ด.ญ.

ตามประกาศ...(ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น).....ฉบับลงวันที่.....ลำดับที่.....

เนื่องจาก.....

.....

.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำร้องขอคัดค้าน

(.....)



ประกาศองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (สำนักงานเขต/เมืองพัทยา/เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล)

เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

ประจำเดือน.....ครั้งที่.....

ตามที่รัฐบาลมีนโยบายจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดให้เด็กแรกเกิดสัญชาติไทย ที่เกิดตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558 เป็นต้นไป อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำ โดยสมาชิกในครัวเรือนมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ในอัตรา 600 บาท ต่อคน ต่อเดือน จนมีอายุครบ 6 ปี นั้น

สำนักงานเขต/เมืองพัทยา/เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล.....
ได้ดำเนินการรับลงทะเบียนผู้ขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด และตรวจสอบคุณสมบัติแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด จำนวน.....ราย รายละเอียดตามบัญชีแนบท้ายประกาศนี้ โดยจะปิดประกาศเป็นระยะเวลา 15 วัน หากไม่มีผู้คัดค้าน ให้ถือว่าผู้มีรายชื่อตามบัญชีแนบท้ายประกาศนี้ เป็นผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด หากมีผู้คัดค้านขอให้แจ้งที่.....

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

.....

(.....)

ผู้อำนวยการเขต/นายกเมืองพัทยา/นายกเทศมนตรี/นายก อบต.



แบบคำร้องขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
(กรณีไม่มีผู้รับรองสถานะของครัวเรือน)

วันที่ยื่นคำร้อง.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน อธิบดีกรมกิจการเด็กและเยาวชน/พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด.....

ข้าพเจ้า เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

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

ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

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

ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

มีความประสงค์ยื่นคำร้องเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด แต่ไม่มีผู้รับรองคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ของระเบียบกรมกิจการเด็กและเยาวชน ว่าด้วยการจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด พ.ศ. 2565 จึงขอให้อธิบดีกรมกิจการเด็กและเยาวชน/พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ตรวจสอบคุณสมบัติและพิจารณารับรองสถานะของครัวเรือน

ของข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

วันที่.....



แบบรับรองสถานะของครัวเรือน
ตารางแสดงจำนวนสมาชิกและรายได้ของครัวเรือน

ส่วนที่ 1 : ผู้ลงทะเบียน

ข้อมูลสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่จริงของผู้ลงทะเบียน

(กรณีต่างดาวที่มีบัตรประจำตัวซึ่งไม่มีสัญชาติไทย) สามารถกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มได้

ลำดับ ที่	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อ นามสกุล	อายุ	ความสัมพันธ์ กับเด็ก	อาชีพ	รายได้/เดือน	บัตรสวัสดิการ แห่งรัฐ	
							มี	ไม่มี

จำนวนสมาชิกของครัวเรือนทั้งหมด.....คน (นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย)

รายได้รวมของครัวเรือน.....บาท/ปี รายได้เฉลี่ยสมาชิกของครัวเรือน.....บาท/คน/ปี

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

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน

(.....)

วันที่ลงทะเบียน.....

- หมายเหตุ : 1) รายได้เฉลี่ยคำนวณจากรายได้รวมของครัวเรือน หารด้วยจำนวนสมาชิกทั้งหมดของที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้น โดยนับรวมรายได้ในรอบปีของสมาชิกทุกคนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้นติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 180 วันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยให้นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย ซึ่งสมาชิกของครัวเรือนมีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติโดยสายโลหิต หรือ อยู่กินด้วยกันฉันสามีภรรยา หรือด้วยเหตุอื่นตามกฎหมาย แต่ไม่นับรวมผู้ซึ่งเป็นลูกจ้างหรือผู้ซึ่งได้อนุญาตให้อยู่อาศัยด้วย
- 2) กรณีสมาชิกในครัวเรือนเป็นเจ้าของที่ของรัฐ พนักงานบริษัท ผู้มีรายได้ประจำ ให้แนบหนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือนของผู้มีรายได้ประจำ ด้วยทุกคน
- 3) กรณีสมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐทุกคน ไม่ต้องมีผู้รับรองสถานะของครัวเรือน

ส่วนที่ 2 : ผู้รับรอง

ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 1 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)
ข้าพเจ้า <input type="radio"/> นาย <input type="radio"/> นาง <input type="radio"/> นางสาว นามสกุล..... ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน
โทรศัพท์..... <input type="radio"/> รับรอง เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น <input type="radio"/> ไม่รับรอง เนื่องจาก.....
(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 1 (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....
หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 1 : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมืองพัทยา อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการชุมชน ประธานชุมชน ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนั้น ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ ต้องไม่เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน และผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลในครัวเรือนที่มีรายได้น้อยของเด็กแรกเกิด ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ ต้องไม่เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน และผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลในครัวเรือนที่มีรายได้น้อยของเด็กแรกเกิด
ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 2 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)
ข้าพเจ้า <input type="radio"/> นาย <input type="radio"/> นาง <input type="radio"/> นางสาว นามสกุล..... ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน
โทรศัพท์..... <input type="radio"/> รับรอง เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น <input type="radio"/> ไม่รับรอง เนื่องจาก.....
(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 2 (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....
หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 2 : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมืองพัทยา อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการชุมชน ประธานชุมชน ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนั้น ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ ต้องไม่เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน และผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลในครัวเรือนที่มีรายได้น้อยของเด็กแรกเกิด



แบบคำร้องขอลงทะเบียน
เพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ปีงบประมาณ

หน่วยงานรับลงทะเบียน.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้อมูลผู้ลงทะเบียน เป็นผู้ลงทะเบียนตามโครงการเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
- 1.1 บิดา มารดา ผู้ปกครอง ความสัมพันธ์กับเด็กแรกเกิด ระบุ.....
- 1.2 เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว.....
- 1.3 เลขประจำตัวประชาชน
- 1.4 เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี
- 1.5 สัญชาติ.....
- 1.6 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....อาคาร/ตึก.....ชั้น.....เลขที่ห้อง.....หมู่บ้าน.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
- 1.7 ที่อยู่ปัจจุบัน ใช้ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....อาคาร/ตึก.....ชั้น.....เลขที่ห้อง.....หมู่บ้าน.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
- 1.8 อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ประกอบอาชีพ ระบุ.....
- 1.9 การศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา กำลังศึกษา.....
 จบการศึกษา (สูงสุด).....

2. ข้อมูลเด็ก (ตามสูติบัตร)

- 2.1 ชื่อ - นามสกุล เด็กชาย เด็กหญิง
- 2.2 เลขประจำตัวประชาชน
- 2.3 เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อมูลมารดา

- 2.4 เด็กหญิง นาง นางสาว.....
- 2.5 เลขประจำตัวประชาชน
- 2.6 อายุ.....ปี 2.7 สัญชาติ.....

ข้อมูลบิดา

- ไม่ปรากฏบิดา
- 2.10 เด็กชาย นาย.....
- 2.11 เลขประจำตัวประชาชน
- 2.12 อายุ.....ปี 2.13 สัญชาติ.....

3. ช่องทางการรับเงินอุดหนุน เลือกเพียง 1 ธนาคาร (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

- ธนาคารกรุงไทย ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ ธนาคาร ธ.ก.ส.ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ ธนาคาร ออมสิน ประเภทบัญชี เงินฝากเผื่อเรียก
ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....

4. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- 4.1 แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.01)
 4.2 แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.02)
 4.3 สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
 4.4 หนังสือรับรองรายได้หรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่มีรายได้ประจำเป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท) จำนวน.....ใบ (ถ้ามี)
 4.5 เอกสาร หรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรหรือเอกสารอื่นใดที่แสดงสถานะหรือตำแหน่งของผู้รับรองคนที่ 1 และผู้
รับรองคนที่ 2
 4.6 สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
(เฉพาะผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ได้ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของ
ข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ยินยอมให้นำข้อมูลในบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อ
ตรวจสอบสถานะบุคคลในฐานะข้อมูลทะเบียนราษฎร ข้อมูลทางการเงินและทรัพย์สิน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ
ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินในส่วนที่รับไปโดยไม่มีสิทธิ หรือยินยอมให้หักจากสวัสดิการอื่น หรือหักจากบัญชีเงินฝากธนาคารของข้าพเจ้าได้
ในกรณีนี้ข้าพเจ้ายินดีรับข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็กผ่านช่องทางต่าง ๆ

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

วันที่ลงทะเบียน..... ตำแหน่ง.....
วันที่ลงทะเบียน.....

.....ตัดตามรอยปรุ.....

หมายเหตุ : สำหรับเก็บไว้เป็นหลักฐานเพื่อยืนยันการลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

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

1.1 ชื่อ-นามสกุล ผู้ลงทะเบียน.....

1.2 เลขประจำตัวประชาชน.....

1.3 ชื่อ - นามสกุล เด็กแรกเกิด เด็กชาย เด็กหญิง.....

1.4 เลขประจำตัวประชาชน.....

2. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.01)
 แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.02)
 สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
 หนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ
พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท หรือผู้มีรายได้ประจำ) จำนวน.....ใบ
 เอกสาร หรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรอง
คนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2
 สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องขอ
ลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน



แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

เขียนที่

วัน เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ 1 : สำหรับผู้ยื่นขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
 ออกให้โดย.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....อาชีพ.....
 โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน ตำบล/แขวง
 อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

ที่อยู่ปัจจุบัน (ตรงกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน)

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน ตำบล/แขวง
 อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ตายในฐานะเป็น และเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุ
 โดยได้รับความยินยอมจากบิดา/มารดา/บุตร/พี่น้อง/เครือญาติ/ของผู้สูงอายุที่ตายให้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพของผู้สูงอายุที่ตาย
 ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน ตำบล/แขวง
 อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

ที่อยู่ปัจจุบัน (ตรงกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน)

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน ตำบล/แขวง
 อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

ถึงแก่กรรมด้วยสาเหตุเมื่อวันที่..... เดือน พ.ศ.
 ตามใบมรณบัตรเลขที่ออกให้โดย..... เมื่อวันที่..... เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าไม่เคยได้รับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพ
 ผู้สูงอายุรายนี้มาก่อน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและข้อมูลในบัตรประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้แก่
 หน่วยงานของรัฐและยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถามและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐ
 ที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาจัดสรรสวัสดิการและหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามกฎหมายของรัฐ และหรือ
 เพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้ถือว่าคุ้งบับและบรรดาสำเนา ภาพถ่าย
 ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสารที่ทำขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้าเช่นเดียวกัน

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่ / /

ส่วนที่ 2 : ข้อมูลผู้ให้การรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ตำแหน่ง.....
 สังกัดหน่วยงาน..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
 ออกให้โดย..... วันออกบัตร..... วันหมดอายุ.....
 อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
 อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
 ขอรับรองว่าผู้ยื่นคำขอดังกล่าวเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุรายนี้จริง

(ลงชื่อ) ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ / /

คำชี้แจง

1. ผู้ยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรม เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้องของผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรม ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่มีญาติ บุคคลที่รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุเป็นผู้ยื่นคำขอรับเงินค่าจัดการศพ เช่น ผู้ให้การดูแล ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น รวมทั้งมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์
2. ผู้ให้การรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี หมายถึง ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน หรือผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ผู้ปกครองสถานสงเคราะห์ ผู้ปกครองสถานดูแล ผู้อำนวยการสถานคุ้มครอง หรือผู้ปกครองสถานใด ๆ ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
3. คุณสมบัติผู้สูงอายุ
 - (1) มีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป
 - (2) มีสัญชาติไทย
 - (3) ผู้สูงอายุที่ได้รับสิทธิตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ หรือโครงการสวัสดิการ ในลักษณะเดียวกันที่เรียกชื่อเป็นอย่างอื่น หรือเป็นผู้สูงอายุที่ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือ ประธานชุมชน รับรองว่ามีคุณสมบัติตามโครงการดังกล่าว
4. หลักฐานการยื่นคำขอ
 - (1) ใบมรณบัตรของผู้สูงอายุ
 - (2) บัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ตาย หรือบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ตาย พร้อมหนังสือรับรอง ตามข้อ 5 (3) แล้วแต่กรณี หากไม่มีบัตรประจำตัวประชาชนให้ใช้เอกสารราชการ ที่มีเลขประจำตัวประชาชนและวัน เดือน ปีเกิดของผู้สูงอายุที่ตายแทนได้
 - (3) บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายและเลขประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ กรณีการจัดการศพตามประเพณีโดยมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์ ให้แนบหนังสือแสดงการจดทะเบียน หรืออนุญาตให้สร้าง จัดตั้ง หรือดำเนินงานมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์ด้วย
 - (4) สมุดบัญชีหรือเลขที่บัญชีธนาคารของผู้ยื่นคำขอ เว้นแต่ประสงค์จะขอรับเงินสดให้ดำเนินการตามระเบียบของทางราชการ
 - (5) แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี (แบบ ศผส. 01)
5. การยื่นคำขอ ยื่นภายใน 6 เดือนนับตั้งแต่วันออกใบมรณบัตร โดยยื่นคำขอในท้องที่ที่ผู้สูงอายุมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านหรือภูมิลำเนา ที่ถึงแก่ความตาย ในขณะถึงแก่ความตาย ดังต่อไปนี้
 - (1) ในกรุงเทพมหานคร ให้ยื่นคำขอที่สำนักงานเขต สังกัดกรุงเทพมหานคร
 - (2) ในจังหวัดอื่น ให้ยื่นคำขอต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หรือที่ว่าการอำเภอ หรือสำนักงานเทศบาล หรือที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบล หรือศาลาว่าการเมืองพัทยา
6. ผู้ยื่นคำขอและผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน



แบบรับรองการมีคุณสมบัติตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ

เขียนที่

วัน เดือน พ.ศ.

1. ผู้ยื่นคำขอ (ผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุ)

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

อายุ ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน อาชีพ

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

โทรศัพท์มือถือ มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ตายในฐานะเป็น

2. ผู้รับรอง (รับรองว่ามีคุณสมบัติตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ)

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ตำแหน่ง

สังกัดหน่วยงาน อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน ตรอก/ซอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ

ขอรับรองว่าผู้สูงอายุที่ตายชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี

เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี 2565 ดังนี้

1. อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. สัญชาติไทย
3. บุคคลที่เข้าข่ายไม่ได้รับสิทธิ

• ภิกษุ สามเณร นักพรตหรือนักบวช

• ผู้ต้องขัง ผู้ถูกกักกัน ผู้ต้องกักขัง

• บุคคลดังต่อไปนี้

- ข้าราชการ

- พนักงานราชการ

- พนักงาน ลูกจ้าง เจ้าหน้าที่ หรือผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานของรัฐที่ได้รับค่าตอบแทนจากหน่วยงานของรัฐ

[หน่วยงานของรัฐตามมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลัง ของรัฐ พ.ศ. 2561] โดยตรง เว้นแต่บุคคลดังกล่าวได้รับค่าตอบแทนไม่เกิน 100,000 บาท/ปี (รอบปีปฏิทิน)

- ผู้รับบำนาญรายเดือน

- ผู้รับบำนาญปกติ หรือเบี้ยหวัดจากส่วนราชการ

• ข้าราชการการเมืองตามพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการการเมือง พ.ศ. 2535

• สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร และสมาชิกวุฒิสภา

□ 4. รายได้

4.1 รายได้ของผู้ลงทะเบียนไม่เกิน 100,000 บาท/คน/ปีในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง

4.2 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวของผู้ลงทะเบียนไม่เกิน 100,000 บาท/คน/ปีในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง (การคำนวณรายได้เฉลี่ยของครอบครัวของผู้ลงทะเบียนคำนวณได้จากการรวมรายได้ ของผู้ลงทะเบียนและสมาชิกในครอบครัวของผู้ลงทะเบียน หาดด้วยจำนวนบุคคลทั้งหมดในครอบครัว)

□ 5. ทรัพย์สินทาง การเงิน ได้แก่ เงินฝาก สลาก พันธบัตร และ ตราสารหนี้ ภาครัฐ การเงินของผู้ลงทะเบียนและสมาชิกในครอบครัวของผู้ลงทะเบียน หาดด้วยจำนวนบุคคลทั้งหมดในครอบครัว)

5.1 ทรัพย์สินทางการเงินของผู้ลงทะเบียนมีมูลค่าไม่เกิน 100,000 บาท/คน ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง

5.2 ทรัพย์สินทางการเงินเฉลี่ยของครอบครัวของผู้ลงทะเบียนมีมูลค่าไม่เกิน 100,000 บาท/คน ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (การคำนวณทรัพย์สินทางการเงินเฉลี่ยของครอบครัวของผู้ลงทะเบียนคำนวณได้จากการรวมมูลค่าทรัพย์สินทางการเงินของผู้ลงทะเบียน และสมาชิกในครอบครัวของผู้ลงทะเบียน หาดด้วยจำนวนบุคคลทั้งหมดในครอบครัว)

□ 6. อสังหาริมทรัพย์

6.1 อสังหาริมทรัพย์ของผู้ลงทะเบียน

6.1.1 ไม่มีกรรมสิทธิในอสังหาริมทรัพย์ หรือมีกรรมสิทธิในอสังหาริมทรัพย์ ณ เวลาใด เวลาหนึ่ง จะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(1) ที่อยู่อาศัยที่เป็นที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง (บ้านพร้อมที่ดิน)

1.1) กรณีอยู่อาศัยอย่างเดียว

1.1.1) บ้านเดี่ยว ทาวน์เฮาส์ ห้องแถว และตึกแถว ต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 25 ตารางวา

1.1.2) ห้องชุดต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 35 ตารางเมตร

1.2) กรณีเป็นที่อยู่อาศัยและใช้ประโยชน์จากที่ดินเพื่อการเกษตร ต้องมีพื้นที่ ไม่เกิน 10 ไร่ หรือในกรณีที่ใช้ประโยชน์ที่ดินเพื่อการอื่นที่ไม่ใช่เพื่อการเกษตรจะต้องมีพื้นที่ไม่ เกิน 1 ไร่

(2) ที่ดินแยกจากที่อยู่อาศัย

2.1) ในกรณีที่ใช้ประโยชน์ที่ดินเพื่อการอื่นที่ไม่ใช่เพื่อการเกษตร ต้องมีพื้นที่ ไม่เกิน 1 ไร่

2.2) ในกรณีที่ใช้ประโยชน์ที่ดินเพื่อการเกษตร ต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 10 ไร่

6.1.2 ไม่มีหนังสือรับรองการทำประโยชน์ และหนังสืออนุญาตให้เข้าทำประโยชน์หรือมีหนังสือดังกล่าว แต่เมื่อรวมกับข้อ 6.1.1 [ยกเว้นข้อ (1.1.2)] จะต้องมียพื้นที่ไม่เกิน 1 ไร่ หรือ 10 ไร่แล้วแต่กรณี ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง

ทั้งนี้ ผู้ลงทะเบียนที่มีรายชื่อเป็นเกษตรกร* ตามฐานข้อมูลของหน่วยงานของรัฐหรือได้รับอนุญาตให้เข้าทำประโยชน์ในเขตปฏิรูปที่ดินเพื่อเกษตรกรรมให้ถือว่าผู้ลงทะเบียนใช้ประโยชน์ จากที่ดินเพื่อการเกษตร

6.2 อสังหาริมทรัพย์ของผู้ลงทะเบียนและสมาชิกในครอบครัวของผู้ลงทะเบียน

6.2.1 ไม่มีกรรมสิทธิในอสังหาริมทรัพย์ หรือมีกรรมสิทธิในอสังหาริมทรัพย์ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง จะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

(1) ที่อยู่อาศัยที่เป็นที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง (บ้านพร้อมที่ดิน)

1.1) กรณีอยู่อาศัยอย่างเดียว

1.1.1) กรณีผู้ลงทะเบียนและคู่สมรสเป็นเจ้าของที่ดินที่มีลักษณะเป็นบ้านเดี่ยว ทาวน์เฮาส์ ห้องแถว และตึกแถวแยกจากกัน ไม่ว่าจะมียบุคคลอื่นเป็นเจ้าของรวมด้วยหรือไม่ก็ตาม ส่วนที่เป็นกรรมสิทธิในที่ดินของผู้ลงทะเบียนและคู่สมรส แต่ละคนต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 25 ตารางวา กรณีผู้ลงทะเบียนและคู่สมรสเป็นเจ้าของที่ดินที่มีลักษณะเป็นบ้านเดี่ยว ทาวน์เฮาส์ ห้องแถว และตึกแถวร่วมกัน ไม่ว่าจะมียบุคคลอื่นเป็นเจ้าของรวมด้วยหรือไม่ก็ตาม ส่วนที่เป็นกรรมสิทธิในที่ดินของผู้ลงทะเบียนและคู่สมรส รวมกันต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 25 ตารางวา

1.1.2) กรณีผู้ลงทะเบียนและคู่สมรสเป็นเจ้าของห้องชุดแยกจากกัน ไม่ว่าจะมิบุคคลอื่นเป็นเจ้าของรวมด้วยหรือไม่ก็ตาม ส่วนที่เป็นกรรมสิทธิในห้องชุดของผู้ลงทะเบียน และคู่สมรสแต่ละคนต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 35 ตารางเมตร กรณีผู้ลงทะเบียนและคู่สมรสเป็นเจ้าของห้องชุดร่วมกัน ไม่ว่าจะมิบุคคลอื่นเป็นเจ้าของรวมด้วยหรือไม่ก็ตาม ส่วนที่เป็นกรรมสิทธิในห้องชุดของผู้ลงทะเบียนและคู่สมรสรวมกันต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 35 ตารางเมตร

1.2) กรณีเป็นที่อยู่อาศัยและใช้ประโยชน์จากที่ดิน เพื่อการเกษตร ต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 20 ไร่ หรือในกรณีที่ใช้ประโยชน์ที่ดินเพื่อการอื่นที่ไม่ใช่เพื่อการเกษตรจะต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 2 ไร่

(2) ที่ดินแยกจากที่อยู่อาศัย

(2.1) ในกรณีที่ใช้ประโยชน์ที่ดินเพื่อการอื่นที่ไม่ใช่เพื่อการเกษตร ต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 2 ไร่

(2.2) ในกรณีที่ใช้ประโยชน์ที่ดินเพื่อการเกษตร ต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 20 ไร่

6.2.2 ไม่มีหนังสือรับรองการทำประโยชน์ และหนังสืออนุญาตให้เข้าทำประโยชน์หรือมีหนังสือดังกล่าว แต่เมื่อรวมกับข้อ 6.2.1 (ยกเว้นข้อ 1.1.2) จะต้องต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 2 ไร่ หรือ 20 ไร่ แล้วแต่กรณี ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง

ทั้งนี้ หากมีผู้ลงทะเบียนหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ลงทะเบียนอย่างน้อย 1 คน มีรายชื่อ เป็นเกษตรกรตามฐานข้อมูลของหน่วยงานของรัฐหรือได้รับอนุญาตให้เข้าทำประโยชน์ในเขตปฏิรูปที่ดินเพื่อเกษตรกรรมให้ถือว่าผู้ลงทะเบียนและสมาชิกในครอบครัวของผู้ลงทะเบียนใช้ประโยชน์จากที่ดินเพื่อการเกษตร

7. บัตรเครดิต ผู้ลงทะเบียนจะต้องไม่มีบัตรเครดิต ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง

8. หนี้สิน ผู้ลงทะเบียนจะต้องไม่มีวงเงินกู้ หรือมีวงเงินกู้ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง แต่ไม่เกินหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

8.1 วงเงินกู้สำหรับที่อยู่อาศัยรวมไม่เกิน 1.5 ล้านบาท

8.2 วงเงินกู้สำหรับยานพาหนะรวมไม่เกิน 1 ล้านบาท

ในการให้ถ้อยคำครั้งนี้ ข้าพเจ้ามิได้มีเจตนาทุจริตแต่อย่างใด และขอรับรองว่าถ้อยคำดังกล่าวข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากปรากฏข้อเท็จจริงเป็นอย่างอื่นภายหลัง ซึ่งเป็นความผิดตามกฎหมายอาญามาตรา 137 “ผู้ใดแจ้งความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน ซึ่งอาจทำให้ผู้อื่นหรือประชาชนเสียหาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือนหรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ” ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินคดีตามกฎหมายกับข้าพเจ้าได้ และยินยอมคืนเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณีที่ได้รับไปเต็มจำนวน โดยไม่มีเงื่อนไข

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและข้อมูลในบัตรประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้แก่หน่วยงานของรัฐและยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถามและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาจัดสรรสวัสดิการและหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามกฎหมายของรัฐและหรือเพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้ถือว่าคู่ฉบับและบรรดาสำเนา ภาพถ่าย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสารที่ทำขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้าเช่นเดียวกัน

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความทั้งหมดแล้ว และขอรับรองว่าถูกต้อง เป็นความจริงทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(ลงชื่อ)ผู้รับรอง

(.....)

(.....)

วันที่ / /

ตำแหน่ง.....

วันที่ / /

หมายเหตุ : ผู้รับรองต้องเป็นบุคคล ดังนี้ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน เป็นผู้ให้การรับรองผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ โดยผู้ยื่นคำขอและผู้รับรอง ต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน

เลขที่.....

แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ

KTB Corporate Online

วันที่ เดือน..... พ.ศ.

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสกลนคร

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

เลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

สำนัก/กอง/ศูนย์.....สังกัด.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

ขอรับเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร มาเพื่อเป็นหลักฐานด้วยแล้ว

กรณีเป็นบุคคลภายนอก เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....
สาขา.....ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

และเมื่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสกลนคร โอนเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online แล้ว ให้ส่งข้อมูลการโอนเงิน ผ่านช่องทาง

ข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ (SMS) ที่เบอร์โทรศัพท์.....

จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ตาม e-mail address.....

ลงชื่อ.....ผู้มีสิทธิรับเงิน
(.....)

หมายเหตุ : เลขที่ของแบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online ให้ระบุหมายเลข
กำกับเรียงกันไปทุกฉบับ เพื่อประโยชน์ในการจัดทำทะเบียนคุมการโอนเงิน

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙.....

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.....มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียน

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ

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

เกี่ยวข้องโดยเป็น บิดา-มารดา บุตร สามเณร-ภรรยา พี่น้อง อื่นๆ

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

สำเนาทะเบียนบ้าน

ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

(.....)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ลงในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

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

เป็นผู้มีสิทธิครบถ้วน

เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายองค์การบริหารส่วน.....

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

สมควรรับขึ้นทะเบียน

ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

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

กรรมการ

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

กรรมการ

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

กรรมการ

คำสั่ง

รับขึ้นทะเบียน

ไม่รับขึ้นทะเบียน

อื่นๆ.....

(.....)

นายกเทศมนตรีตำบล.....

..... / /

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร
เลขที่ ออกให้ ณ เมื่อวันที่ อยู่
บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน แขวง/ตำบล เขต/
อำเภอ จังหวัด..... โทรศัพท์

ขอมอบอำนาจให้ เกี่ยวพันเป็น
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร เลขที่ 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

(.....)

ที่
วันที่ เดือน พ.ศ.

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

ขอมอบอำนาจให้ เกี่ยวพันเป็น
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร เลขที่ 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
(.....)

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบล.....

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ..... ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

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

.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... ขอแจ้งความประสงค์

ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติมดังนี้

1. ที่พักอาศัย () เป็นของตนเอง

และมีลักษณะ () ชำรุดทรุดโทรม () ชำรุดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวร

() เป็นของ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

3. การพักอาศัย

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

() พักอาศัยกับ รวมคน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

4. รายได้ – รายจ่าย

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

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

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

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

โทรศัพท์.....โทรสาร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ

ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)