

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ : การยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
 : การลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ
 : การลงทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลนครบ้านสวน

ชื่อกระบวนการงาน : การยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑) ขอบเขตการให้บริการ	- งานที่ให้บริการ : การยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ - หน่วยงานที่รับผิดชอบ : ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลนครบ้านสวน - โทรศัพท์ : ๐ - ๓๘๑๘ - ๔๕๕๕ ต่อ ๔๒๐๓ - โทรสาร : ๐ - ๓๘๒๘ - ๔๒๘๔ - ระยะเวลาเปิดให้บริการ วันจันทร์ – ศุกร์ เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. เว้นวันหยุดราชการ
๒) หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ ข้อ ๖ ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ (๑) มีสัญชาติไทย (๒) มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (๓) มีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้ยืนยันสิทธิขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (๔) เป็นผู้ไม่มีรายได้หรือมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุกำหนด หมายเหตุ : กรณีที่ผู้สูงอายุซึ่งได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นให้ผู้สูงอายุนั้นยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่หรือกรุงเทพมหานครแล้วแต่กรณี ในกรณีที่ผู้สูงอายุได้ดำเนินการยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแล้ว ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่หรือกรุงเทพมหานคร จ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในเดือนถัดไปเพื่อใช้สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพต่อเนื่อง
๓) ขั้นตอนและระยะเวลา	๑. ผู้สูงอายุหรือผู้รับมอบอำนาจยื่นเอกสารหลักฐานการยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (๑ นาที/ราย) ๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน , สัมภาษณ์ , บันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศ “www.welfare.dla.go.th” โดยใช้เครื่องอ่านบัตรประจำตัวประชาชน (๕ นาที/ราย) ๓. เสนอคณะกรรมการหรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายตรวจสอบคุณสมบัติ (๑ นาที/ราย) ๔. เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร) อนุมัติให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงิน (๑ นาที/ราย) ๕. แจกผล/ออกใบยืนยันสิทธิเพื่อเป็นหลักฐาน (๑ นาที/ราย)

ชื่อกระบวนงาน : การยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (ต่อ)	
๔) รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยืนยันสิทธิ	- เอกสารสำหรับการยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ๑. บัตรประจำตัวประชาชน ๒. ทะเบียนบ้าน ๓. ใบมอบอำนาจ (ถ้ามี) ๔. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ (กรณีโอนเข้าบัญชี) หมายเหตุ : หากผู้สูงอายุไม่สามารถแจ้งความประสงค์การรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุด้วยตนเองได้ อาจจะมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้บุคคลอื่นเป็นผู้แจ้งความประสงค์แทนผู้สูงอายุก็ได้ โดยแนบเอกสารของผู้รับมอบอำนาจดังนี้ ๑. หนังสือมอบอำนาจ ๒. บัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ ๓. ทะเบียนบ้าน (ฉบับเจ้าบ้าน)
๕) ค่าธรรมเนียม	- ไม่มี
๖) การรับเรื่องร้องเรียน	- ร้องเรียนด้วยตนเอง ณ ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ สำนักงานเทศบาลนครบ้านสวน เลขที่ ๙๙๙ หมู่ที่ ๓ ถนนพระยาสุรศักดิ์ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี รหัสไปรษณีย์ ๒๐๐๐๐ - ร้องเรียนผ่านหมายเลขโทรศัพท์ ๐-๓๘๑๘-๔๕๕๕ โทรสาร ๐-๓๘๒๘-๔๒๘๔ หรือ Call Center ๑๑๓๒ - ร้องเรียนผ่านตู้รับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ ณ สำนักงานเทศบาลนครบ้านสวน - ร้องเรียนทางไปรษณีย์ จ่าหน้าซองถึง นายกเทศมนตรีนครบ้านสวน ๙๙๙ หมู่ที่ ๓ ถนนพระยาสุรศักดิ์ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี รหัสไปรษณีย์ ๒๐๐๐๐ - เว็บไซต์ https://www.bansuan.go.th - Page Facebook : เทศบาลนครบ้านสวน จังหวัดชลบุรี - LINE Official Account เทศบาลนครบ้านสวน - ระบบ OSS (ONE STOP SERVICE) ของเทศบาลนครบ้านสวน
๗) อื่นๆ	ตัวอย่างแบบฟอร์ม

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกและทำเครื่องหมาย / ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

-๒-	
ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับยืนยันสิทธิ เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาวชาติ รักถิ่น..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ๓-๒๐๐๑-๒๓๔๕๖-๗๘๙ แล้ว ☒ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติในการยืนยันสิทธิ ครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ไม่ตรงตรวจสอบคุณสมบัติ ณ วันที่มีสิทธิได้รับเงิน เบี้ยยังชีพ ☐ เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)ศรณีย์ อันสะโก..... (นางสาวศรณีย์ อันสะโก) เจ้าหน้าที่ผู้รับยืนยันสิทธิ	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีนครบ้านสวน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☒ สมควรรับยืนยันสิทธิ ☐ ไม่สมควรรับยืนยันสิทธิ กรรมการ (ลงชื่อ)ศรณีย์ อันสะโก..... (นางสาวศรณีย์ อันสะโก) กรรมการ (ลงชื่อ)รุ่งทิพา อินทวงศ์..... (นางสาวรุ่งทิพา อินทวงศ์) กรรมการ (ลงชื่อ)วาสนา วงเวียน..... (นางสาววาสนา วงเวียน)
คำสั่ง ☐ รับยืนยันสิทธิ ☐ ไม่รับยืนยันสิทธิ ☐ อื่นๆ..... (ลงชื่อ) (.....) นายกเทศมนตรีนครบ้านสวน วัน/เดือน/ปี.....	

ตัดตามเส้นประให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอยืนยันสิทธิเก็บเพื่อเป็นหลักฐานการยืนยันสิทธิ



ยื่นแบบคำขอยืนยันสิทธิเมื่อวันที่.....๒๘.....เดือน.....มีนาคม.....พ.ศ.....๒๕๖๘.....
การยืนยันสิทธิครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่คุณสมบัติครบถ้วน
และตามช่วงระยะเวลาในการยืนยันสิทธิ ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน โดยได้รับตั้งแต่เดือน.....เมษายน.....
พ.ศ.....๒๕๖๘..... เป็นต้นไปกรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปยืนยันสิทธิยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
ผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนกันยายนของปีนั้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้เบี้ยผู้สูงอายุ
ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมจนสิ้นปีงบประมาณ และรับที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ในปีงบประมาณถัดไป

ชื่อกระบวนการ : การลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ	
๑) ขอบเขตการให้บริการ	- งานที่ให้บริการ : การลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ - หน่วยงานที่รับผิดชอบ : ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลนครบ้านสวน โทรศัพท์ : ๐ - ๓๘๑๘ - ๔๕๕๕ ต่อ ๔๒๐๓ โทรสาร : ๐ - ๓๘๒๘ - ๔๒๘๔ - ระยะเวลาเปิดให้บริการ วันจันทร์ – ศุกร์ เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. เว้นวันหยุดราชการ
๒) หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ ข้อ ๖ คนพิการซึ่งจะมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้ (๑) มีสัญชาติไทย (๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน (๓) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ (๔) ไม่เป็นบุคคลอยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐตามบัญชีรายชื่อที่ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศกำหนด
๓) ขั้นตอนและระยะเวลา	๑. คนพิการ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการพร้อมเอกสารหลักฐาน (๑ นาฬิกา/ราย) ๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน , สัมภาษณ์ , บันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศ“www.welfare.dla.go.th”โดยใช้เครื่องอ่านบัตรประจำตัวประชาชน (๕ นาฬิกา/ราย) ๓. เสนอคณะกรรมการหรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายตรวจสอบคุณสมบัติ (๑ นาฬิกา/ราย) ๔. เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร) อนุมัติให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงิน (๑ นาฬิกา/ราย) ๕. แจกผล/ออกใบรับลงทะเบียนตามแบบคำขอ (๑ นาฬิกา/ราย)
๔) รายการเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน	ให้คนพิการที่ได้จดทะเบียนคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการมาลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเอง ณ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลนครบ้านสวน และมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป โดยมีเอกสารหลักฐาน ดังนี้ ๑. บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ๒. บัตรประจำตัวประชาชน ๓. ทะเบียนบ้าน (ฉบับเจ้าบ้าน) ๔. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์ (กรณีโอนเข้าบัญชี)

ชื่อกระบวนการ : การลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ (ต่อ)	
	หมายเหตุ : กรณีที่คนพิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทน แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ กรณีที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนึ่งได้ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่องค์กรปกครองส่วนอื่น หรือกรุงเทพมหานคร เมื่อคนพิการนั้นได้ไปลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ได้ย้ายภูมิลำเนาไป ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่จ่ายเบี้ยความพิการได้ในเดือนถัดไป แต่ทั้งนี้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะดำเนินการจ่ายเงินเบี้ยความพิการจะต้องได้รับการยืนยันจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมที่จ่ายเงินเบี้ยความพิการว่าได้ประกาศถอนรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไปแล้วเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน
๕) ค่าธรรมเนียม	- ไม่มี
๖) การรับเรื่องร้องเรียน	- ร้องเรียนด้วยตนเอง ณ ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ สำนักงานเทศบาลนครบ้านสวน เลขที่ ๙๙๙ หมู่ที่ ๓ ถนนพระยาสุรศักดิ์ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี รหัสไปรษณีย์ ๒๐๐๐๐ - ร้องเรียนผ่านหมายเลขโทรศัพท์ ๐-๓๘๑๘-๔๕๕๕ - โทรสาร ๐-๓๘๒๘-๔๒๘๔ หรือ Call Center ๑๑๓๒ - ร้องเรียนผ่านตู้รับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ ณ สำนักงานเทศบาลนครบ้านสวน - ร้องเรียนทางไปรษณีย์ จ่าหน้าซองถึง นายกเทศมนตรีนครบ้านสวน ๙๙๙ หมู่ ๓ ถนนพระยาสุรศักดิ์ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี รหัสไปรษณีย์ ๒๐๐๐๐ - เว็บไซต์ https://www.bansuan.go.th - Page Facebook : เทศบาลนครบ้านสวน จังหวัดชลบุรี - LINE Official Account เทศบาลนครบ้านสวน - ระบบ OSS (ONE STOP SERVICE) ของเทศบาลนครบ้านสวน
๗) อื่นๆ	ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ตัวอย่างการกรอกแบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

ทะเบียนเลขที่ทะเบียนเลขที่...๔๕./๒๕๖๘

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ
เกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการ
ตามระเบียบฯ ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....-
เลขบัตรประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐ ที่อยู่.....-
โทรศัพท.....-.....

เขียนที่ เทศบาลนครบ้านสวน

วันที่...๒๘...เดือน...มีนาคม.....พ.ศ.๒๕๖๘.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ...ชาติ.....นามสกุล...รักถิ่น.....
เกิดวันที่...๑๒...เดือน...มกราคม.....พ.ศ.๒๕๐๘..... อายุ...๖๐.....ปี สัญชาติ ไทย มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน
เลขที่...๑๔๙.....หมู่ที่...๓.....ชุมชน.....ตรอก/ซอย.....-.....
ถนน...พระยาสุริยวงษ์.....ตำบล...บ้านสวน.....อำเภอ เมืองชลบุรี จังหวัด ชลบุรี
รหัสไปรษณีย์...๒๐๐๐๐.....หมายเลขโทรศัพท์.....๐๙๘-XXXX-XXX.....
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ.....๓-๒๐๐๑-๒๓๔๕๖-๗๘๙.....

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการมองเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา
☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้
☒ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางจิต
☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส ☒ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ

รายได้ต่อเดือน.....๑๐,๐๐๐.....บาท อาชีพ.....ค้าขาย.....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....นางสมทรง รักถิ่น.....โทรศัพท์..... ๐๙๘-XXXX-XXX.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

☐ ได้รับเงินเบี้ยความพิการ ☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

☒ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☒ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☒ ทะเบียนบ้าน

☒ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

☒ บัญชีเงินฝากธนาคาร.....กรุงเทพฯ..... บัญชีเลขที่.....๒๐๗-๐-๑๑๑๑๑-๐..... ชื่อบัญชี.....นายชาติ.....รักถิ่น.....

☒ “ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ณ วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการ

และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

☒ “ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ).....ชาติ รักถิ่น.....

ลงชื่อ).....ศรวณีย์ อันสะโก.....

(นายชาติ รักถิ่น)

(นางสาวศรวณีย์ อันสะโก)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกและทำเครื่องหมาย / ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว

.....ชาติ รักถิ่น.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ๓-๒๐๐๑-๒๓๔๕๖-๗๘๙ แล้ว

☒ เป็นผู้มีความสมบัติในการยื่นยันทิธิ ครบถ้วน

☐ เป็นผู้ที่ไม่ตรงตามคุณสมบัติ ณ วันที่มีสิทธิได้รับเงิน

เบี้ยยังชีพ

☐ เป็นผู้ที่ไม่ตรงตามคุณสมบัติ เนื่องจาก

.....

.....

(ลงชื่อ)ศรวณีย์ อันสะโก.....

(นางสาวศรวณีย์ อันสะโก)

เจ้าหน้าที่ผู้รับยันทิธิ

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกเทศมนตรีนครบ้านสวน

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว

มีความเห็นดังนี้

☒ สมควรรับยันทิธิ

☐ ไม่สมควรรับยันทิธิ

.....

.....

.....

กรรมการ (ลงชื่อ)ศรวณีย์ อันสะโก.....

(นางสาวศรวณีย์ อันสะโก)

กรรมการ (ลงชื่อ)รุ่งทิพา อินทวงศ์.....

(นางสาวรุ่งทิพา อินทวงศ์)

กรรมการ (ลงชื่อ)วาสนา วงเวียน.....

(นางสาววาสนา วงเวียน)

คำสั่ง

☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่นๆ.....

(ลงชื่อ)

(.....)

นายกเทศมนตรีนครบ้านสวน

วัน/เดือน/ปี.....

ตัดตามเส้นประให้คนพิการที่ยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการเก็บเพื่อเป็นหลักฐานการยื่นยันทิธิ



ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....๒๘..... เดือน.....มีนาคม..... พ.ศ.๒๕๖๘.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ....๒๕๖๘.....

โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพความพิการตั้งแต่เดือน...เมษายน.....พ.ศ....๒๕๖๘.....ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท

ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่โดยทันที ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสติให้ต่อเนื่อง

ชื่อกระบวนงาน : การขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์	
๑) ขอบเขตการให้บริการ	- งานที่ให้บริการ : การลงทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ - หน่วยงานที่รับผิดชอบ : ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลนครบ้านสวน โทรศัพท์ : ๐ - ๓๘๑๘ - ๔๕๕๕ ต่อ ๔๒๐๓ โทรสาร : ๐ - ๓๘๒๘ - ๔๒๘๔ - ระยะเวลาเปิดให้บริการ วันจันทร์ – ศุกร์ เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. เว้นวันหยุดราชการ
๒) หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข	- คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ข้อ ๔ ผู้ป่วยเอดส์ หมายความว่า ผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว และตามระเบียบข้อ ๖ กำหนดคุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ ดังนี้ ๑. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๒. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ ๓. ในกรณีที่ผู้ป่วยเอดส์มีคุณสมบัติเบื้องต้นเหมือนกันให้ผู้ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้มีปัญหาซับซ้อน หรือผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ทูลกระหม่อมการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณา - วิธีการพิจารณาผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ พนักงานส่วนท้องถิ่นจะลงพื้นที่เพื่อตรวจสอบความเป็นอยู่ของผู้ขอรับการสงเคราะห์ว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติสมควรจะได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ มาประกอบการพิจารณาจัดทำบัญชีรายชื่อผู้ป่วยเอดส์ เพื่อเสนอผู้บริหารท้องถิ่นอนุมัติให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ตามระเบียบฯ ต่อไป เทศบาลนครบ้านสวน จะไม่ปิดประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ เพื่อปกปิดความลับ ของผู้ที่มาลงทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ - การสิ้นสุดการได้รับเงินสงเคราะห์ สิทธิของผู้ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพนับแต่วันที่ได้รับอนุมัติรายชื่อจากผู้บริหารท้องถิ่นและให้สิทธิดังกล่าวสิ้นสุดลงในกรณีดังต่อไปนี้ ๑. ถึงแก่กรรม ๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตเทศบาลนครบ้านสวน กรณีสิทธิดังกล่าวสิ้นสุดลง พนักงานส่วนท้องถิ่นตรวจสอบข้อเท็จจริง และเสนอผู้บริหารท้องถิ่นสั่งถอดถอนรายชื่อและระงับการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพในงวดเบิกจ่ายถัดไป
๓) ขั้นตอนและระยะเวลา	๑. ผู้ป่วยเอดส์หรือผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนฯ พร้อมเอกสารหลักฐาน (๑ นาที/ราย) ๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน , สัมภาษณ์ , บันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศ“www.welfare.dla.go.th”โดยใช้เครื่องอ่านบัตรประจำตัวประชาชน (๕ นาที/ราย)

ชื่อกระบวนการ : การขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)	
๓) ขั้นตอนและระยะเวลา (ต่อ)	๓. เจ้าหน้าที่ออกไปตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติสมควรจะได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ (๑ วัน/ราย) ๔. เสนอผู้บริหารอนุมัติให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ (๑ นาที/ราย) ๕. แจกผล/ออกใบรับลงทะเบียนตามแบบคำขอ (๕ นาที/ราย)
๔) รายการเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน	ผู้ป่วยเอดส์ที่มีความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์สามารถยื่นคำขอด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ในกรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทาง มายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะมอบให้ผู้มีอุปการะมาดำเนินการแทนได้โดยมีหลักฐานดังนี้ ๑. ใบรับรองแพทย์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้วว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์ (ฉบับจริง) ๒. บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ๓. ทะเบียนบ้าน ๔. ใบมอบอำนาจ (ถ้ามี) ๕. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร
๕) ค่าธรรมเนียม	- ไม่มี
๖) การรับเรื่องร้องเรียน	- ร้องเรียนด้วยตนเอง ณ ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ สำนักงานเทศบาลนครบ้านสวน เลขที่ ๙๙๙ หมู่ที่ ๓ ถนนพระยาสุรศักดิ์ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี รหัสไปรษณีย์ ๒๐๐๐๐ - ร้องเรียนผ่านหมายเลขโทรศัพท์ ๐-๓๘๑๘-๔๕๕๕ โทรสาร ๐-๓๘๒๘-๔๒๘๔ หรือ Call Center ๑๑๓๒ - ร้องเรียนผ่านผู้รับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ ณ สำนักงานเทศบาลนครบ้านสวน - ร้องเรียนทางไปรษณีย์ จ่าหน้าซองถึง นายกเทศมนตรีนครบ้านสวน ๙๙๙ หมู่ที่ ๓ ถนนพระยาสุรศักดิ์ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี รหัสไปรษณีย์ ๒๐๐๐๐ - เว็บไซต์ https://www.bansuan.go.th - Page Facebook : เทศบาลนครบ้านสวน จังหวัดชลบุรี - LINE Official Account เทศบาลนครบ้านสวน - ระบบ OSS (ONE STOP SERVICE) ของเทศบาลนครบ้านสวน
๗) อื่นๆ	ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ตัวอย่างการกรอกแบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ทะเบียนเลขที่...๓/๒๕๖๘.....

เฉพาะกรณีผู้ป่วยเอดส์มอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....-.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ลงทะเบียน

ชื่อ -สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ)เลขประจำตัวประชาชน

ผู้รับมอบอำนาจ □-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่.....-.....

โทรศัพท์.....-.....

เขียนที่ เทศบาลนครบ้านสวน

วันที่..๒๘...เดือน..มีนาคม...พ.ศ..๒๕๖๘.....

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

เกิดวันที่.....๑๒.....เดือน..มกราคม.....พ.ศ..๒๕๐๘..... อายุ...๖๐.....ปี สัญชาติ ไทย มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน

เลขที่.....๑๙๙.....หมู่ที่.....๓.....ชุมชน.....ตรอก/ซอย.....-.....

ถนน...พระยาสุรฯ.....ตำบล...บ้านสวน.....อำเภอ เมืองชลบุรี จังหวัด ชลบุรี

รหัสไปรษณีย์.....๒๐๐๐๐.....หมายเลขโทรศัพท์.....๐๙๘-xxxx-xxx.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ.....๓-๒๐๐๑-๒๓๔๕๖-๗๘๙.....

ที่อยู่ปัจจุบัน □ บ้านตนเอง □ บ้านญาติ ☒ บ้านเช่า □ บ้านพักของผู้จ้าง □ อื่นๆระบุ

สถานภาพสมรส ☒ โสด □ สมรส □ หม้าย □ หย่าร้าง □ แยกกันอยู่ □ อื่นๆ

รายได้ต่อเดือน.....๑๐,๐๐๐.....บาท อาชีพ...รับจ้าง.....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้...นางสมทรง รักถิ่น.....โทรศัพท์..... ๐๙๘-xxxx-xxx.....

เกี่ยวข้องโดยเป็น ☒ บิดา-มารดา □ บุตร □ สามเณร □ พี่น้อง □ อื่นๆ

จำนวนบุตร บุตรชาย...-.....คน บุตรสาว...-.....คน รายได้เฉลี่ยของสมาชิกในครอบครัว...๖๐,๐๐๐.....บาท/ปี

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้สูงอายุ

☐ ได้รับเงินเบี้ยความพิการ ☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

☒ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☒ ใบรับรองแพทย์ ☒ บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ☒ ทะเบียนบ้าน

☒ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

☒ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีเข้าบัญชีฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ชาติ รักถิ่น.....

(นายชาติ รักถิ่น)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

ลงชื่อ).....ศรวณีย์ อันสะโก.....

(นางสาวศรวณีย์ อันสะโก)

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกและทำเครื่องหมาย / ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

-๒-	
ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาวชาติ รักถิ่น..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ๓-๒๐๐๑-๒๓๔๕๖-๗๘๙ แล้ว ☒ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติในการยืนยันสิทธิ ครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ไม่ตรงตรวจสอบคุณสมบัติ ณ วันที่มีสิทธิได้รับเงิน เบี้ยยังชีพ ☐ เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)ศรวณีย์ อันสะโก..... (นางสาวศรวณีย์ อันสะโก) เจ้าหน้าที่ผู้รับยืนยันสิทธิ	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีนครบ้านสวน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☒ สมควรลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)ศรวณีย์ อันสะโก..... (นางสาวศรวณีย์ อันสะโก) กรรมการ (ลงชื่อ)รุ่งทิพา อินทวงศ์..... (นางสาวรุ่งทิพา อินทวงศ์) กรรมการ (ลงชื่อ)วาสนา วงเวียน..... (นางสาววาสนา วงเวียน)
คำสั่ง ☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่นๆ (ลงชื่อ) (.....) นายกเทศมนตรีนครบ้านสวน วัน/เดือน/ปี.....	

ตัวอย่างการกรอกหนังสือมอบอำนาจ

เพื่อยืนยันสิทธิการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ และเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

เขียนที่ เทศบาลนครบ้านสวน

วันที่...๒๘.....เดือน...มีนาคม.....พ.ศ...๒๕๖๘.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ...ชาติ..... นามสกุลรักถิ่น.....
เลขประจำตัวประชาชน ๓-๒๐๐๑-๒๓๔๕๖-๗๘๙ อยู่บ้านเลขที่...๑๙๙.....หมู่ที่...๓.....ชุมชน.....-.....
ตรอก/ซอย.....-.....ถนน...พระยาสุรเสนา.....ตำบล...บ้านสวน.....
อำเภอ เมืองชลบุรี จังหวัด ชลบุรี รหัสไปรษณีย์.....๒๐๐๐๐.....หมายเลขโทรศัพท์.....๐๙๘-XXXX-XXX.....
ขอมอบอำนาจให้ (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ...ชล..... นามสกุลรักถิ่น.....
เลขประจำตัวประชาชน๓-๒๐๐๓-๐๐๐๐๗-๒๑-๑.....อยู่บ้านเลขที่...๙๙.....หมู่ที่...๓.....ชุมชน.....-.....
ตรอก/ซอย.....-.....ถนน...พระยาสุรเสนา.....ตำบล...บ้านสวน.....
อำเภอ เมืองชลบุรี จังหวัด ชลบุรี รหัสไปรษณีย์.....๒๐๐๐๐.....หมายเลขโทรศัพท์.....๐๙๘-XXXX-XXX.....
เกี่ยวพันเป็น.....บุตร.....เพื่อดำเนินการเป็นผู้มีอำนาจในการ

☒ ยื่นคำขอยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/เบี้ยความพิการ/เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

☐ รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☒ รับเงินเบี้ยความพิการ ☐ รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

แทนข้าพเจ้า โดยจ่ายให้ผู้รับมอบอำนาจโอนเข้าบัญชีเงินฝากของผู้รับมอบอำนาจ

ธนาคาร.....กรุงไทย.....สาขา.....ชลบุรี.....

ชื่อบัญชี (นาย/นาง/นางสาว).....ชล รักถิ่นเลขที่บัญชี.....๒๐๗-๐-๑๑๑๑๑-๐.....

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไปจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งในกรณีที่ข้าพเจ้ามีชีวิตและเสียชีวิตแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้สำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ชาติ รักถิ่น.....ผู้มอบอำนาจ
(นายชาติ รักถิ่น)

ลงชื่อ.....ชล รักถิ่น.....ผู้รับมอบอำนาจ
(นายชล รักถิ่น)

ลงชื่อ.....สมทรง รักถิ่น.....พยาน
(นางสมทรง รักถิ่น)

ลงชื่อ.....ชลนภา รักถิ่น.....พยาน
(นางสาวชลนภา รักถิ่น)

เอกสารประกอบหนังสือมอบอำนาจ

- สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ
- สำเนาบัญชีธนาคารกรุงไทย
- กรอกเอกสารให้ครบถ้วนและพยานลงนามครบ