

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ : การยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
 : การลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ
 : การลงทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลนครบ้านสวน

ชื่อกระบวนการงาน : การยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑) ขอบเขตการให้บริการ	- งานที่ให้บริการ : การยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ - หน่วยงานที่รับผิดชอบ : ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลนครบ้านสวน โทรศัพท์ : ๐ - ๓๘๑๘ - ๔๕๕๕ ต่อ ๔๒๑๐ - ระยะเวลาเปิดให้บริการ วันจันทร์ – ศุกร์ เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. วันวันหยุดราชการ
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	- ผู้สูงอายุหรือผู้รับมอบอำนาจยื่นเอกสารหลักฐานการยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (๑ นาที/ราย) - เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน , สัมภาษณ์ , บันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศ“www.welfare.dla.go.th”โดยใช้เครื่องอ่านบัตรประจำตัวประชาชน (๕ นาที/ราย) - เสนอคณะกรรมการหรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายตรวจสอบคุณสมบัติ (๑ นาที/ราย) - เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร) อนุมัติให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงิน (๑ นาที/ราย) - แจ้งผล/ออกใบรับยืนยันสิทธิเพื่อเป็นหลักฐาน (๑ นาที/ราย)

ชื่อกระบวนงาน : การยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (ต่อ)	
๔) รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยืนยันสิทธิ	- เอกสารสำหรับการยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ๑. บัตรประจำตัวประชาชน พร้อมสำเนา (จำนวน ๑ ฉบับ) ๒. ทะเบียนบ้านที่เป็นปัจจุบัน พร้อมสำเนา (จำนวน ๑ ฉบับ) ๓. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์ (จำนวน ๑ ฉบับ) หมายเหตุ : หากผู้สูงอายุไม่สามารถแจ้งความประสงค์การรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุด้วยตนเองได้ อาจจะมีมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้บุคคลอื่นเป็นผู้แจ้งความประสงค์แทนผู้สูงอายุก็ได้ โดยแนบเอกสารของผู้รับมอบอำนาจดังนี้ ๑. หนังสือมอบอำนาจ ๒. บัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ พร้อมสำเนา (จำนวน ๑ ฉบับ) ๓. ทะเบียนบ้านที่เป็นปัจจุบัน พร้อมสำเนา (จำนวน ๑ ฉบับ)
๕) ค่าธรรมเนียม	- ไม่มี
๖) การรับเรื่องร้องเรียน	- ร้องเรียนด้วยตนเอง ณ ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ สำนักงานเทศบาลนครบ้านสวน เลขที่ ๙๙๙ หมู่ที่ ๓ ถนนพระยาสัจจา 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 ถนนพระยาสัจจา ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี รหัสไปรษณีย์ ๒๐๐๐๐ - เว็บไซต์ https://www.bansuan.go.th - Page Facebook : เทศบาลนครบ้านสวน จังหวัดชลบุรี - LINE Official Account เทศบาลนครบ้านสวน
๗) อื่นๆ	ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ตัวอย่างการกรอกแบบคำขอยื่นยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ทะเบียนเลขที่ ๘๘ / ๒๕๖๘

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอยืนยันสิทธิแทน	
ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ขอยืนยันสิทธิ	
ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ)-.....	
เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ -	
ที่อยู่.....โทรศัพท์.....	

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่ เทศบาลนครบ้านสวน

วันที่ ๑๘ เดือน มิถุนายน 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 ๑๘๘ หมู่ที่ ๓ ชุมชน.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....พระยาสุรเสนา ตำบล.....บ้านสวน อำเภอ เมืองชลบุรี จังหวัด ชลบุรี
รหัสไปรษณีย์ ๒๐๐๐๐ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๘-xxxx-xxx
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ ๓-๒๐๐๑-๒๓๔๕๖-๗๘๙
สถานภาพสมรส ☒ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ
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
☒ บัญชีเงินฝากธนาคาร.....กรุงเทพฯ..... บัญชีเลขที่.....๒๐๗-๐-๑๑๑๑๑-๐..... ชื่อบัญชี.....นายชาติ.....รักถิ่น.....
☒ “ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ณ วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”
☒ “ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ).....ชาติ รักถิ่น.....

(นายชาติ รักถิ่น)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

ลงชื่อ).....มนัสนันท์ รัตนอรุณโรจน์.....

(นางสาวมนัสนันท์ รัตนอรุณโรจน์)

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกและทำเครื่องหมาย / ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

-๒-	
ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับยืนยันสิทธิ เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว ชาติ รักถิ่น..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ๓-๒๐๐๑-๒๓๔๕๖-๗๘๙ แล้ว ☒ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติในการยืนยันสิทธิ ครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ไม่ตรงตามคุณสมบัติ ณ วันที่มีสิทธิได้รับเงิน เบี้ยยังชีพ ☐ เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)<i>มนัสนันท์ รัตนะอรุณโรจน์</i>..... (นางสาวมนัสนันท์ รัตนะอรุณโรจน์) เจ้าหน้าที่ผู้รับยืนยันสิทธิ	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีนครบ้านสวน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☒ สมควรรับยืนยันสิทธิ ☐ ไม่สมควรรับยืนยันสิทธิ กรรมการ (ลงชื่อ)<i>ศรวณีย์ อันสะโก</i>..... (นางสาวศรวณีย์ อันสะโก) กรรมการ (ลงชื่อ)<i>สโรชา คำเพชร</i>..... (นางสาวสโรชา คำเพชร) กรรมการ (ลงชื่อ)<i>วาสนา วงเวียน</i>..... (นางสาววาสนา วงเวียน)
คำสั่ง ☐ รับยืนยันสิทธิ ☐ ไม่รับยืนยันสิทธิ ☐ อื่นๆ..... (ลงชื่อ) (.....) นายกเทศมนตรีนครบ้านสวน วัน/เดือน/ปี.....	

ตัดตามเส้นประให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอยืนยันสิทธิเก็บเพื่อเป็นหลักฐานการยืนยันสิทธิ



ยื่นแบบคำขอยืนยันสิทธิเมื่อวันที่.....๑๘.....เดือน.....มิถุนายน.....พ.ศ.....๒๕๖๙.....

การยืนยันสิทธิครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่คุณสมบัติครบถ้วน

และตามช่วงระยะเวลาในการยืนยันสิทธิ ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน โดยได้รับตั้งแต่เดือน....กรกฎาคม.....

พ.ศ.....๒๕๖๙..... เป็นต้นไปกรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปยืนยันสิทธิยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพ

ผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนกันยายนของปีนั้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้เบี้ยผู้สูงอายุ

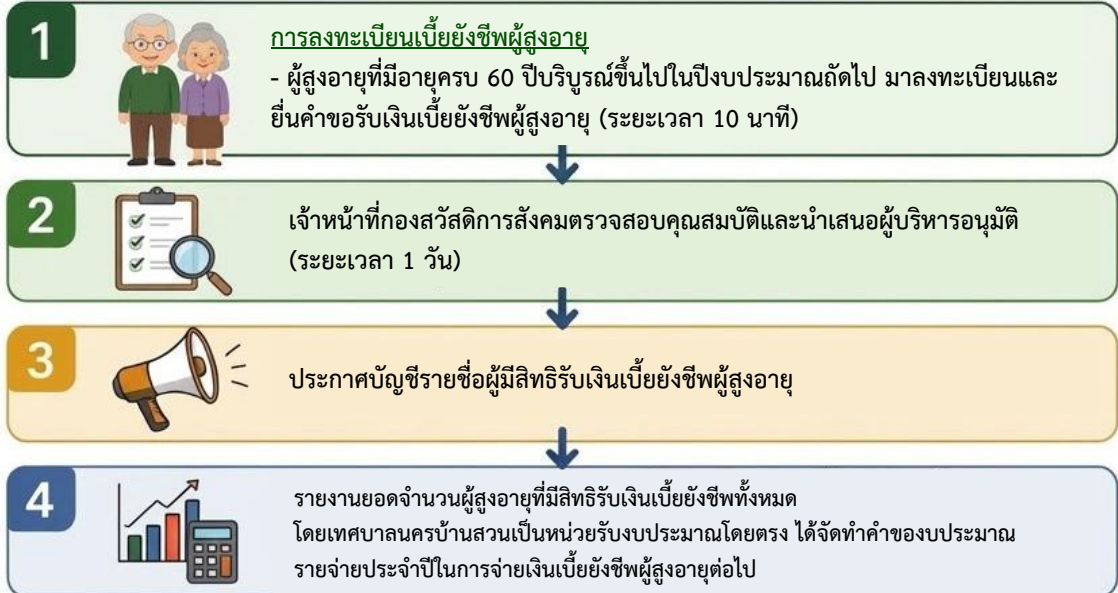
ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมจนสิ้นปีงบประมาณ และรับที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ในปีงบประมาณถัดไป



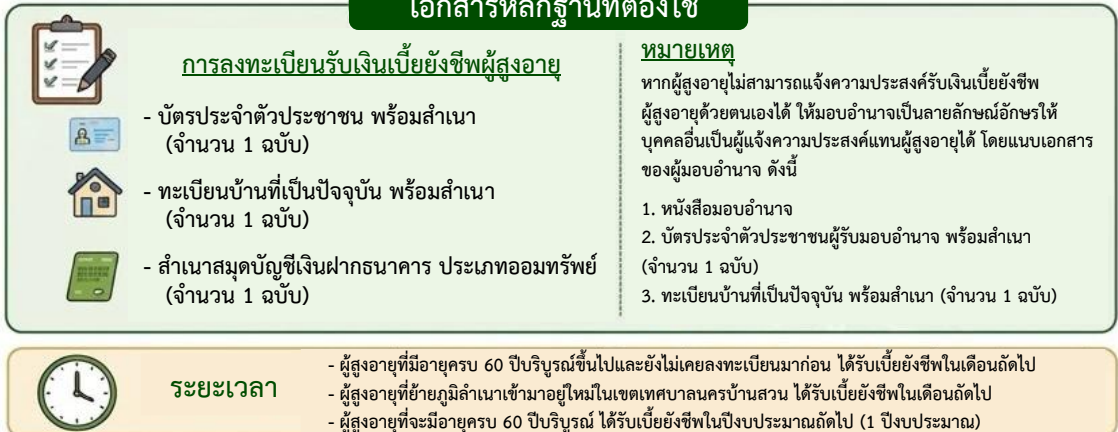
แผนผังกระบวนการทำงาน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ: ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม

เทศบาลนครบ้านสวน



เอกสารหลักฐานที่ต้องใช้



หมายเหตุ



เจ้าหน้าที่ฝ่ายลงทะเบียน

- 1.นางสาวศรณีย์ อันสะโก
ตำแหน่ง ผู้ช่วยนักสังคมสงเคราะห์
- 2.นางสาวมนัสนันท์ รัตนธอรุณโรจน์
ตำแหน่ง ผู้ช่วยเจ้าพนักงานพัฒนาชุมชน
- 3.นางสาวอาทิตยา แก้วทองคำ
ตำแหน่ง ผู้ช่วยเจ้าพนักงานพัฒนาชุมชน



เจ้าหน้าที่ฝ่ายตรวจสอบ

- 1.นางสาววาสนา วงเวียน
ตำแหน่ง หัวหน้าฝ่ายสังคมสงเคราะห์
- 2.นางสาวสโรชา คำเพชร
ตำแหน่ง นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ
- 3.นางสาวศรณีย์ อันสะโก
ตำแหน่ง ผู้ช่วยนักสังคมสงเคราะห์

ชื่อกระบวนการ : การลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ	
๑) ขอบเขตการให้บริการ	- งานที่ให้บริการ : การลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ - หน่วยงานที่รับผิดชอบ : ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลนครบ้านสวน - โทรศัพท์ : ๐ - ๓๘๑๘ - ๔๕๕๕ ต่อ ๔๒๑๐ - 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. บัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมสำเนา (จำนวน ๑ ฉบับ) ๒. บัตรประจำตัวประชาชน พร้อมสำเนา (จำนวน ๑ ฉบับ) ๓. สำเนาทะเบียนบ้านที่เป็นปัจจุบัน (จำนวน ๑ ฉบับ) ๔. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์ (จำนวน ๑ ฉบับ)

ชื่อกระบวนการงาน : การลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ (ต่อ)	
๔) รายการเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน	หมายเหตุ : กรณีที่คนพิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทน แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ กรณีที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนึ่งได้ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือกรุงเทพมหานคร เมื่อคนพิการนั้นได้ไปลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ได้ย้ายภูมิลำเนาไป ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่จ่ายเบี้ยความพิการได้ในเดือนถัดไป แต่ทั้งนี้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะดำเนินการจ่ายเงินเบี้ยความพิการจะต้องได้รับการยืนยันจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมที่จ่ายเงินเบี้ยความพิการว่าได้ประกาศถอนรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไปแล้วเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน
๕) ค่าธรรมเนียม	- ไม่มี
๖) การรับเรื่องร้องเรียน	- ร้องเรียนด้วยตนเอง ณ ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ สำนักงานเทศบาลนครบ้านสวน เลขที่ ๙๙๙ หมู่ที่ ๓ ถนนพระยาสุรจา 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 ถนนพระยาสุรจา ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี รหัสไปรษณีย์ ๒๐๐๐๐ - เว็บไซต์ https://www.bansuan.go.th - Page Facebook : เทศบาลนครบ้านสวน จังหวัดชลบุรี - LINE Official Account เทศบาลนครบ้านสวน
๗) อื่นๆ	ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ตัวอย่างการกรอกแบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

ทะเบียนเลขที่ทะเบียนเลขที่...๔๔./๒๕๖๔

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

เขียนที่ เทศบาลนครบ้านสวน

วันที่.....๑๘.....เดือน.....มิถุนายน.....พ.ศ.๒๕๖๔.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....ชาติ.....นามสกุล.....รักถิ่น.....
เกิดวันที่.....๑๒.....เดือน.....มกราคม.....พ.ศ.๒๕๐๙..... 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).....มนัสนันท์ รัตนะอรุณโรจน์.....

(นายชาติ รักถิ่น)

(นางสาวมนัสนันท์ รัตนะอรุณโรจน์)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกและทำเครื่องหมาย / ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว

.....ชาติ รักถิ่น.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ๓-๒๐๐๑-๒๓๔๕๖-๗๘๙ แล้ว

☒ เป็นผู้มีความสมบัติในการยื่นยืมสิทธิ ครบถ้วน

☐ เป็นผู้ที่ไม่สามารถตรวจสอบคุณสมบัติ ณ วันที่มีสิทธิได้รับเงิน

เบี้ยยังชีพ

☐ เป็นผู้ที่ไม่สามารถตรวจสอบคุณสมบัติ เนื่องจาก

.....

.....

(ลงชื่อ)*มนัสนันท์ รัตนะอรุณโรจน์*.....

(นางสาวมนัสนันท์ รัตนะอรุณโรจน์)

เจ้าหน้าที่ผู้รับยื่นยืมสิทธิ

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกเทศมนตรีนครบ้านสวน

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว

มีความเห็นดังนี้

☒ สมควรรับยื่นยืมสิทธิ

☐ ไม่สมควรรับยื่นยืมสิทธิ

.....

.....

.....

กรรมการ (ลงชื่อ)*ศรวณีย์ อันสะโก*.....

(นางสาวศรวณีย์ อันสะโก)

กรรมการ (ลงชื่อ)*สโรชา คำเพชร*.....

(นางสาวสโรชา คำเพชร)

กรรมการ (ลงชื่อ)*วาสนา วงเวียน*.....

(นางสาววาสนา วงเวียน)

คำสั่ง

☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่นๆ.....

(ลงชื่อ)

(.....)

นายกเทศมนตรีนครบ้านสวน

วัน/เดือน/ปี.....

ตัดตามเส้นประให้คนพิการที่ยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการเก็บเพื่อเป็นหลักฐานการยื่นยืมสิทธิ



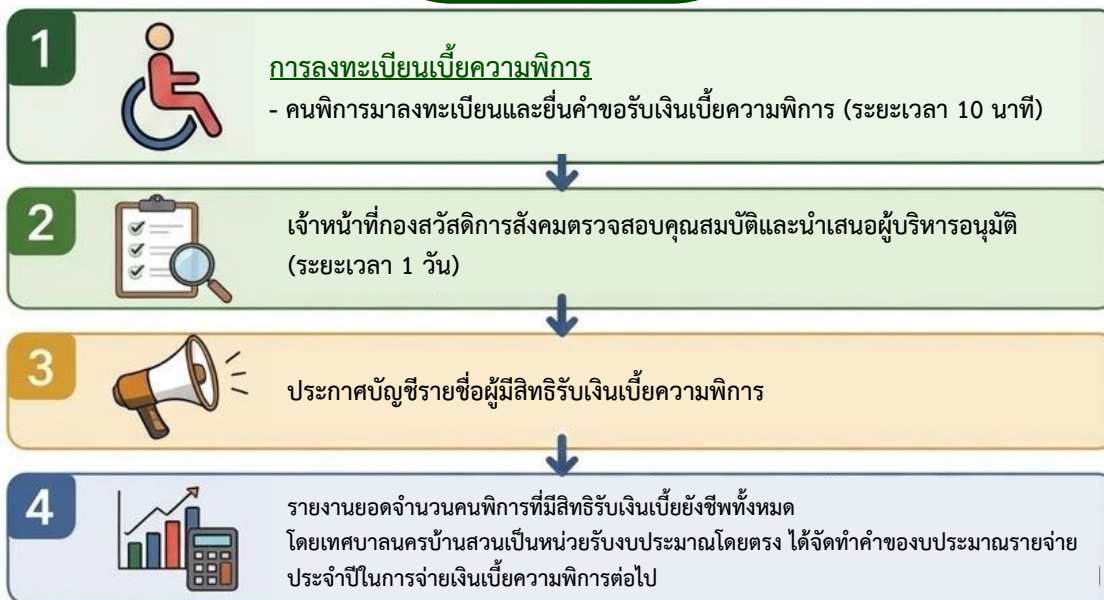
ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....๑๘..... เดือน.....มิถุนายน..... พ.ศ.๒๕๖๙.....
การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ....๒๕๖๙.....
โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพความพิการตั้งแต่เดือน...กรกฎาคม.....พ.ศ.....๒๕๖๙.....ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท
ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ
ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่โดยทันที ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง



แผนผังกระบวนการทำงาน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ: ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม

เทศบาลนครบ้านสวน



เอกสารหลักฐานที่ต้องใช้



การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

- บัตรประจำตัวประชาชน พร้อมสำเนา (จำนวน 1 ฉบับ)
- บัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมสำเนา (จำนวน 1 ฉบับ)
- ทะเบียนบ้านที่เป็นปัจจุบัน พร้อมสำเนา (จำนวน 1 ฉบับ)
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์ (จำนวน 1 ฉบับ)

หมายเหตุ

หากคนพิการไม่สามารถแจ้งความประสงค์รับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองได้ ให้มอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้บุคคลอื่นเป็นผู้แจ้งความประสงค์แทนคนพิการได้ โดยแนบเอกสารของผู้มอบอำนาจ ดังนี้

1. หนังสือมอบอำนาจ
2. บัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ พร้อมสำเนา (จำนวน 1 ฉบับ)
3. ทะเบียนบ้านที่เป็นปัจจุบัน พร้อมสำเนา (จำนวน 1 ฉบับ)



ระยะเวลา จะได้รับเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป (ระยะเวลา 1 เดือน)

หมายเหตุ



เจ้าหน้าที่ฝ่ายลงทะเบียน

- 1.นางสาวศรณีย์ อันสะโก
ตำแหน่ง ผู้ช่วยนักสังคมสงเคราะห์
- 2.นางสาวมนัสนันท์ รัตนอรุณโรจน์
ตำแหน่ง ผู้ช่วยเจ้าพนักงานพัฒนาชุมชน
- 3.นางสาวอาทิตย์ยา แก้วทองคำ
ตำแหน่ง ผู้ช่วยเจ้าพนักงานพัฒนาชุมชน



เจ้าหน้าที่ฝ่ายตรวจสอบ

- 1.นางสาววาสนา วงเวียน
ตำแหน่ง หัวหน้าฝ่ายสังคมสงเคราะห์
- 2.นางสาวสโรชา คำเพชร
ตำแหน่ง นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ
- 3.นางสาวศรณีย์ อันสะโก
ตำแหน่ง ผู้ช่วยนักสังคมสงเคราะห์

ชื่อกระบวนการงาน : การขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์	
๑) ขอบเขตการให้บริการ	- งานที่ให้บริการ : การลงทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ - หน่วยงานที่รับผิดชอบ : ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลนครบ้านสวน โทรศัพท์ : ๐ - ๓๘๑๘ - ๔๕๕๕ ต่อ ๔๒๑๐ - 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 หรือผู้ที่มีปัญหาซับซ้อน หรือผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน - วิธีการพิจารณาผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ พนักงานส่วนท้องถิ่นจะลงพื้นที่เพื่อตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ของผู้ขอรับการสงเคราะห์ว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติสมควรจะได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ มาประกอบการพิจารณาจัดทำบัญชีรายชื่อผู้ป่วยเอดส์ เพื่อเสนอผู้บริหารท้องถิ่น อนุมัติให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ตามระเบียบฯ ต่อไป เทศบาลนครบ้านสวน จะไม่ปิดประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ เพื่อปกปิดความลับ ของผู้ที่มาลงทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้ผู้ป่วยเอดส์ - การสิ้นสุดการได้รับเงินสงเคราะห์ สิทธิของผู้ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพนับแต่วันที่ได้รับอนุมัติรายชื่อจากผู้บริหารท้องถิ่นและให้สิทธิดังกล่าวสิ้นสุดลงในกรณีดังต่อไปนี้ ๑. ถึงแก่กรรม ๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตเทศบาลนครบ้านสวน กรณีสิทธิดังกล่าวสิ้นสุดลง พนักงานส่วนท้องถิ่นตรวจสอบข้อเท็จจริง และเสนอผู้บริหารท้องถิ่นสั่งถอดถอนรายชื่อและระงับการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพในงวดเบิกจ่ายถัดไป
๓) ขั้นตอนและระยะเวลา	๑. ผู้ป่วยเอดส์หรือผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนฯ พร้อมเอกสารหลักฐาน (๑ นาที่/ราย) ๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน , สัมภาษณ์ , บันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศ“www.welfare.dla.go.th”โดยใช้เครื่องอ่านบัตรประจำตัวประชาชน (๕ นาที่/ราย)

ชื่อกระบวนการงาน : 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. ใบรับรองแพทย์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้วว่าผู้ป่วยเอดส์ (ฉบับจริง) ๒. บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา (จำนวน ๑ ฉบับ) ๓. ทะเบียนบ้านที่เป็นปัจจุบัน (จำนวน ๑ ฉบับ) ๔. ใบมอบอำนาจ (ถ้ามี) ๕. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์ (จำนวน ๑ ฉบับ)
๕) ค่าธรรมเนียม	- ไม่มี
๖) การรับเรื่องร้องเรียน	- ร้องเรียนด้วยตนเอง ณ ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ สำนักงานเทศบาลนครบ้านสวน เลขที่ ๙๙๙ หมู่ที่ ๓ ถนนพระยาสัจจา 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 ถนนพระยาสัจจา ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี รหัสไปรษณีย์ ๒๐๐๐๐ - เว็บไซต์ https://www.bansuan.go.th - Page Facebook : เทศบาลนครบ้านสวน จังหวัดชลบุรี - LINE Official Account เทศบาลนครบ้านสวน
๗) อื่นๆ	ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ตัวอย่างการกรอกแบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ทะเบียนเลขที่...๓/๒๕๖๙...

เฉพาะกรณีผู้ป่วยเอดส์มอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

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

ชื่อ -สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ)เลขประจำตัวประชาชน

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

โทรศัพท์.....-.....

เขียนที่ เทศบาลนครบ้านสวน

วันที่...๑๘...เดือน...มิถุนายน...พ.ศ..๒๕๖๙.....

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

เกิดวันที่...๑๒...เดือน...มกราคม.....พ.ศ..๒๕๐๙..... 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 ☐ ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

☐ ได้รับเงินเบี้ยความพิการ ☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

☒ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☒ ใบรับรองแพทย์ ☒ บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ☒ ทะเบียนบ้าน

☒ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

☒ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีเข้าบัญชีฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ชาติ รักถิ่น.....

(นายชาติ รักถิ่น)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

ลงชื่อ).....อาทิตยา แก้วทองคำ.....

(นางสาวอาทิตยา แก้วทองคำ)

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกและทำเครื่องหมาย / ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว

.....ชาติ รักถิ่น.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ๓-๒๐๐๑-๒๓๔๕๖-๗๘๙ แล้ว

☒ เป็นผู้มีความสมบูรณ์ในการยื่นยันสิทธิ ครบถ้วน

☐ เป็นผู้ที่ไม่พร้อมตรวจสอบคุณสมบัติ ณ วันที่มีสิทธิได้รับเงิน

เบี้ยยังชีพ

☐ เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก

.....

.....

(ลงชื่อ)อาทิตยา แก้วทองคำ.....

(นางสาวอาทิตยา แก้วทองคำ)

เจ้าหน้าที่ผู้รับยื่นยันสิทธิ

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกเทศมนตรีนครบ้านสวน

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว

มีความเห็นดังนี้

☒ สมควรลงทะเบียน

☐ ไม่สมควรลงทะเบียน

.....

.....

.....

กรรมการ (ลงชื่อ)ศรวณีย์ อันสะโก.....

(นางสาวศรวณีย์ อันสะโก)

กรรมการ (ลงชื่อ)สโรชา คำเพชร.....

(นางสาวสโรชา คำเพชร)

กรรมการ (ลงชื่อ)วาสนา วงเวียน.....

(นางสาววาสนา วงเวียน)

คำสั่ง

☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่นๆ

.....

(ลงชื่อ)

(.....)

นายกเทศมนตรีนครบ้านสวน

วัน/เดือน/ปี.....

ตัวอย่างการกรอกหนังสือมอบอำนาจ

เพื่อยืนยันสิทธิการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ และเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

เขียนที่ เทศบาลนครบ้านสวน

วันที่...๑๘.....เดือน...มิถุนายน.....พ.ศ...๒๕๖๙.....

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

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้า
ได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น 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



แผนผังกระบวนการทำงาน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ: ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม

เทศบาลนครบ้านสวน

1



การลงทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

- ผู้ป่วยเอดส์ที่มีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ (ระยะเวลา 4 วันทำการ)

2



เจ้าหน้าที่กองสวัสดิการสังคมตรวจสอบคุณสมบัติและนำเสนอผู้บริหารอนุมัติ (ระยะเวลา 1 วัน)

3



จะได้รับเงินเมื่อผู้บริหารท้องถิ่นอนุมัติให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

4



รายงานยอดจำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพทั้งหมด โดยเทศบาลนครบ้านสวนเป็นหน่วยรับงบประมาณโดยตรง ได้จัดทำคำขอของงบประมาณรายจ่ายประจำปีในการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ และตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2548 ข้อ 16(3) เทศบาลนครบ้านสวนจ่ายสมทบให้แก่ผู้ป่วยเอดส์ ตามบัญชีรายชื่อที่ได้รับการสงเคราะห์งบประมาณเบี้ยยังชีพจากรัฐอยู่เดิม

เอกสารหลักฐานที่ต้องใช้



การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

- บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนา (จำนวน 1 ฉบับ)
- สำเนาทะเบียนบ้านที่เป็นปัจจุบัน (จำนวน 1 ฉบับ)
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์ (จำนวน 1 ฉบับ)
- ใบรับรองแพทย์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้วว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์ (ฉบับจริง)

หมายเหตุ

หากผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถแจ้งความประสงค์รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ด้วยตนเองได้ ให้มอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้บุคคลอื่นเป็นผู้แจ้งความประสงค์แทนผู้ป่วยเอดส์ได้ โดยแนบเอกสารของผู้มอบอำนาจ ดังนี้

1. หนังสือมอบอำนาจ
2. บัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ พร้อมสำเนา (จำนวน 1 ฉบับ)
3. ทะเบียนบ้านที่เป็นปัจจุบัน พร้อมสำเนา (จำนวน 1 ฉบับ)



ระยะเวลา

ผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์จะได้รับเบี้ยยังชีพในเดือนถัดไป (หลังจากเสนอผู้บริหารท้องถิ่นอนุมัติให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์)

หมายเหตุ



เจ้าหน้าที่ฝ่ายลงทะเบียน

- 1.นางสาวศรณีย์ อันสะโก
ตำแหน่ง ผู้ช่วยนักสังคมสงเคราะห์
- 2.นางสาวนันทน์ รัตนอรุณโรจน์
ตำแหน่ง ผู้ช่วยเจ้าพนักงานพัฒนาชุมชน
- 3.นางสาวอาทิตย์ยา แก้วทองคำ
ตำแหน่ง ผู้ช่วยเจ้าพนักงานพัฒนาชุมชน



เจ้าหน้าที่ฝ่ายตรวจสอบ

- 1.นางสาววาสนา วงเวียน
ตำแหน่ง หัวหน้าฝ่ายสังคมสงเคราะห์
- 2.นางสาวโรชา คำเพชร
ตำแหน่ง นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ
- 3.นางสาวศรณีย์ อันสะโก
ตำแหน่ง ผู้ช่วยนักสังคมสงเคราะห์