



คู่มือประชาชน

องค์การบริหารส่วนตำบลคำโคกสูง

คู่มือประชาชน

- การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ
- การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์



สัญลักษณ์ผู้สูงอายุ



สัญลักษณ์คนพิการ



สัญลักษณ์วันเอดส์โลก

งานสวัสดิการสังคมและพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลคำโคกสูง

นายสมศักดิ์ ขวัญแก้ว	นายก อบต.	โทร. ๐๘๑-๔๕๔๘๕๕๓
นายบุญพันธ์ ศรีหิ่ง	ปลัด อบต.	โทร. ๐๘๑-๑๘๔๑๖๙๖
นางอัญชนา ทิพนน	หัวหน้าสำนักปลัด	โทร. ๐๘๖-๒๒๙๙๒๘๕
จำเอกพิชิต วิเชียรดี	เจ้าพนักงานพัฒนาชุมชน	โทร. ๐๖๔-๒๑๓๒๙๗๕

คำนำ

งานสวัสดิการสังคมและพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลคำโคกสูง มีหน้าที่ในการให้บริการส่งเสริมสนับสนุนการจัดสวัสดิการสังคมและพัฒนาชุมชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลคำโคกสูง รวมทั้งมีหน้าที่ในการดำเนินการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การรับลงทะเบียนคนพิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ และรับคำร้องผู้ป่วยเอดส์เพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้กับบุคคลดังกล่าว โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ถึงฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ถึงฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็ว และถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าวองค์การบริหารส่วนตำบลคำโคกสูง จึงได้จัดทำคู่มือการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ การยื่นคำร้องเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ขึ้น

องค์การบริหารส่วนตำบลคำโคกสูง หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการ ต่อไป

จำเอกพิชิต วิเชียรดี
เจ้าพนักงานพัฒนาชุมชน

นางอัญญา ทิพนเนน
หัวหน้าสำนักปลัด

นายบุญพันธ์ ศรีหลิ่ง
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลคำโคกสูง

นายสมศักดิ์ ขวัญแก้ว
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลคำโคกสูง

สารบัญ

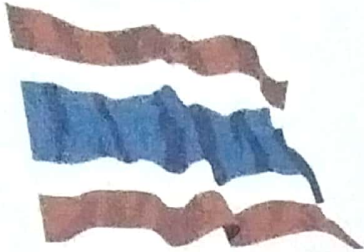
	หน้า
ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุฯ พ.ศ. ๒๕๕๒ และรวมฉบับแก้ไขถึง (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒	๑
ขั้นตอนการลงทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๓
การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ	๔
ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้คนพิการฯ พ.ศ. ๒๕๕๓ และรวมฉบับแก้ไขถึง (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒	๕
ขั้นตอนการลงทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ	๖
ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ	๗
ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพฯ พ.ศ. ๒๕๔๘	๘
ตัวอย่าง การดำเนินการเพื่อสิทธิการรับเงินต่อเนื่อง กรณีย้ายภูมิลำเนาฯ	๙
ตัวอย่าง การดำเนินการตรวจสอบสิทธิเพื่อรับเงิน	๑๐
ช่องทางการรับเงินเบี้ยยังชีพฯ	๑๑
ตัวอย่าง การนับรอบปีงบประมาณฯ	๑๒
ข้อเสนอแนะสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์	๑๓

ภาคผนวก

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ และรวมฉบับแก้ไขถึง (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒

หมวด ๒

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



(๑) มีสัญชาติไทย

(๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต อบต.คำโคกสูง (ตามทะเบียนบ้าน)

(๓) มีอายุ ๖๐ ปี บริบูรณ์



(๔) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใด จากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถาน สงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ไม่รวมถึงผู้พิการหรือ ผู้ป่วยเอดส์เอดส์ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงิน สงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘



*** แก่อย่างมีคุณค่า ***

๖๐ ปีบริบูรณ์ นับถึง ๒ กันยายน ๒๕๐๖

ย้ายภูมิลำเนามาใหม่ให้
ติดต่อลงทะเบียน
ผู้สูงอายุ, ครับ

อย่าลืมไปลงทะเบียน
เด้อยาย



ขั้นตอนการลงทะเบียนเพื่อรับเงิน
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



๑. ยื่นเอกสาร หลักฐาน ตรวจสอบเอกสาร
๒. 😊 บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
😊 ทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
๓. กรอกแบบฟอร์ม
😊 แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (ในระบบสารสนเทศผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพฯ)
๔. กรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
๕. ผู้บริหารอนุมัติ

หมายเหตุ : ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง มอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับ งานสวัสดิการสังคมและพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลคำโดกสูง พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

****ขอรับแบบคำขอขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ และยื่นเอกสาร
ไต่ทำงานสวัสดิการสังคมและพัฒนาชุมชน
สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลคำโดกสูง*****

การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได
สำหรับผู้สูงอายุ



จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับ (ปี งบฯ ๒๕๖๕) การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ คิดในอัตราเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได แบบ “ขั้นบันได” หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วง ๆ หรือเป็นขั้น ขึ้นไปเรื่อย ๆ โดยเริ่ม ตั้งแต่อายุ ๖๐ ปี

โดยคำนวณตามปีงบประมาณ
มิใช่ปีปฏิทิน และไม่มีการเพิ่มของอายุระหว่างปี
ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือน
สำหรับผู้สูงอายุ
(แบบขั้นบันได)

ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนเงิน (บาท)
๖๐ - ๖๙ ปี	๖๐๐
๗๐ - ๗๙ ปี	๗๐๐
๘๐ - ๘๙ ปี	๘๐๐
๙๐ ปี ขึ้นไป	๑,๐๐๐



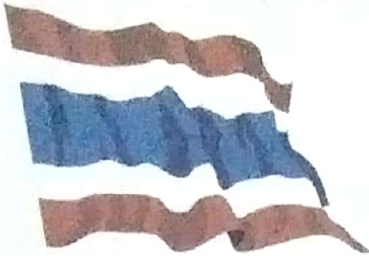
แล้วปีนี้ ฉันจะได้เงิน
เบี้ยเท่าไร น้า ?

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้คนพิการ
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และรวมฉบับแก้ไขถึง (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒

หมวด ๑

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(ตามทะเบียนบ้าน)
- (๓) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
- (๔) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะสถานสงเคราะห์ของรัฐ เช่น บ้านพักผู้สูงอายุ บ้านพักสตรี หรือ พระภิกษุที่มีเงินประจำตำแหน่ง ฯลฯ



*** เท่าเทียมทั่วถึง ***



ตัวอย่างบัตรและสมุดประจำตัวคนพิการ

ขั้นตอนการลงทะเบียนเพื่อรับเงิน
เบี้ยยังชีพคนพิการ



๑. ยื่นเอกสาร หลักฐาน ตรวจสอบเอกสาร
☺ สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
☺ ทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
๒. กรอกแบบฟอร์ม
☺ แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ (ในระบบสารสนเทศผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพฯ)
๓. กรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
๔. ผู้บริหารอนุมัติ

หมายเหตุ : ในกรณีคนพิการที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง มอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพคนพิการได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับ องค์การบริหารส่วนตำบลคำโคกสูง พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

หมายเหตุ : ในกรณีคนพิการที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง มอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพคนพิการได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับ งานสวัสดิการสังคมและพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลคำโคกสูง พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

****ขอรับแบบคำขอขึ้นทะเบียนคนพิการ และยื่น
เอกสาร ได้ที่งานสวัสดิการสังคมและพัฒนาชุมชน
สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลคำโคกสูง****

๑. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลรัฐ เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสารรับรองความพิการ

๒. ดำเนินการบำบัดประจําตัวคนพิการได้ที่ สํานักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานี (ศาลากลางจังหวัดหลังเก่า) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

-เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยแพทย์เฉพาะทาง (ตัวจริง)

-สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

-สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

อบต.คำโคกสูง ให้ดำเนินการแทน

๓. หลังจากได้บัตรประจำตัวคนพิการให้ไปเปลี่ยนสิทธิผู้พิการ (ท.๗๔) ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
คำโคกสูง ตามสิทธิหลักที่ใช้บัตรทองอยู่

A wide, flat landscape with a line of trees and buildings in the distance under a hazy sky. The foreground is a vast, open field, and the background shows a small cluster of structures and more trees on the horizon.

๑. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม

๒. รูปถ่าย ขนาด ๓ นิ้ว จำนวน ๑ รูป

๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ จำนวน ๑ ฉบับ

๔. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการที่มีผู้ดูแล ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ หรือประธานเจ้าหน้าที่ งานสวัสดิการสังคมและพัฒนาชุมชน สำนักปลัด อบต.คำโคกสูง ให้ดำเนินการแทน

๕. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการให้นำหลักฐานตามข้อ ๓-๔ มาด้วย

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ พ.ศ. ๒๕๔๘

หมวด ๑

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ (ผู้ป่วยเอดส์)

(๑) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (ตามทะเบียนบ้าน)

(๒) รายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

ขั้นตอนการลงทะเบียนเพื่อรับเงิน

เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์



๑. ยื่นเอกสาร หลักฐาน ตรวจสอบเอกสาร
๒. ☺ หนังสือรับรองเป็นผู้ป่วยติดเชื้อ เอชไอวี (เอดส์) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
☺ ทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
๓. กรอกแบบฟอร์ม
☺ แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยติดเชื้อ เอชไอวี (เอดส์)
๔. กรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
๕. ผู้บริหารอนุมัติ

หมายเหตุ : ในกรณีผู้ป่วยติดเชื้อ เอชไอวี (เอดส์) ที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง มอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยติดเชื้อ เอชไอวี (เอดส์) ได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับ งานสวัสดิการสังคมและพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลคำโคกสูง พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

****ขอรับแบบคำขอขึ้นทะเบียนผู้ป่วยติดเชื้อ เอชไอวี (เอดส์) และยื่นเอกสาร ใต้ทีมงานสวัสดิการสังคมและพัฒนาชุมชน**

ผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพอยู่แล้วใน พื้นที่อื่น
ภายหลังได้ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ในพื้นที่ตำบลตำโดกสูง
ให้มาแจ้งขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพฯ ต่อที่ อบต.
ตำโดกสูง เพื่อขึ้นทะเบียนขอรับเงินในปีงบประมาณถัดไป
แต่สิทธิในการรับเงินยังคงอยู่ที่เดิมจนสิ้นปีงบประมาณ

คนพิการที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพอยู่แล้วใน พื้นที่อื่น
ภายหลังได้ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ในพื้นที่ตำบลตำโดกสูง
ให้มาแจ้งขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพฯ ต่อที่ อบต.
ตำโดกสูง เพื่อขึ้นทะเบียนขอรับเงินในเดือนถัดไป

ต่อเนื่องเรื่องเงินเงิน เงิน

ประกาศรายชื่อ ผู้มีสิทธิรับเงิน
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์



ให้ผู้ที่มายื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพ มาตรวจสอบ รายชื่อ
ตามประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ ณ ที่ทำการองค์การ
บริหารส่วนตำบลคำโดกสูง ภายในวันที่ ๑๕ ธันวาคม
ของทุกปี (นับจากวันสิ้นสุดกำหนด การยื่นขอขึ้น
ทะเบียน)

อบต. จะดำเนินการเบิก - จ่ายเงินให้กับผู้สูงอายุ คน
พิการ ผู้ป่วยเอดส์ ที่มาขึ้นทะเบียนไว้แล้ว ตามที่ได้รับ
จัดสรรจากกรมบัญชีกลาง (จากระบบสารสนเทศผู้มี
สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพฯ) โดยจะจ่าย เป็นเงินสด หรือโอน
เข้าบัญชีธนาคาร ตามที่ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วย
เอดส์ได้แจ้งความประสงค์ไว้

ไปเร่งใส่ตรวจสอบได้

ช่องทางการรับเงินเบี้ยยังชีพ

ผู้ประสงค์รับเงินผ่าน
ธนาคาร



โอนเข้าบัญชีธนาคาร

ผู้ประสงค์รับเงินสด

ตามจุดที่ได้แจ้งประชาสัมพันธ์ไว้
หรือ ขึ้นอยู่กับความเหมาะสม
โดยจะมีการแจ้งให้ทราบล่วงหน้า

รับเงินสดด้วยตนเอง หรือ
ผู้รับมอบอำนาจ

ใกล้ไกลเราไปถึง

การนับรอบปีงบประมาณ คือ ๑ ตุลาคม - ๓๐ กันยายน เช่น
ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔-๓๐ กันยายน ๒๕๖๕
ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕-๓๐ กันยายน ๒๕๖๖

๑. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง
๒. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพ หรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเป็นเงินสด ต้องมารับเงินให้ตรงตามวัน เวลา ที่กำหนด
๓. เมื่อย้ายภูมิลำเนาจาก อบต.คำโคกสูง ไปที่อื่นต้องแจ้งข้อมูลเพื่อให้ อบต.คำโคกสูง ได้รับทราบ
๔. ผู้ที่รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์ อบต. คำโคกสูง ตรวจสอบข้อมูลจากระบบสารสนเทศผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพขององค์การบริหารส่วนตำบลคำโคก
๕. กรณีตาย ให้ผู้ดูแลหรือญาติของผู้สูงอายุ หรือคนพิการของผู้รับเงินเบี้ยยังชีพแจ้งการตาย ให้ อบต. คำโคกสูง ได้รับทราบ (พร้อมสำเนาพระฌาปนกิจบัตร) เพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องภายใน ๗ วัน



*** รักษาสิทธิ ***

ข้อเสนอสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลคำโคกสูง

๓. การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลคำโคกสูง โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่นดังนี้

-ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

-บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมรอร่องสำเนาถูกต้อง)

-ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

๔. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้

๕. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด

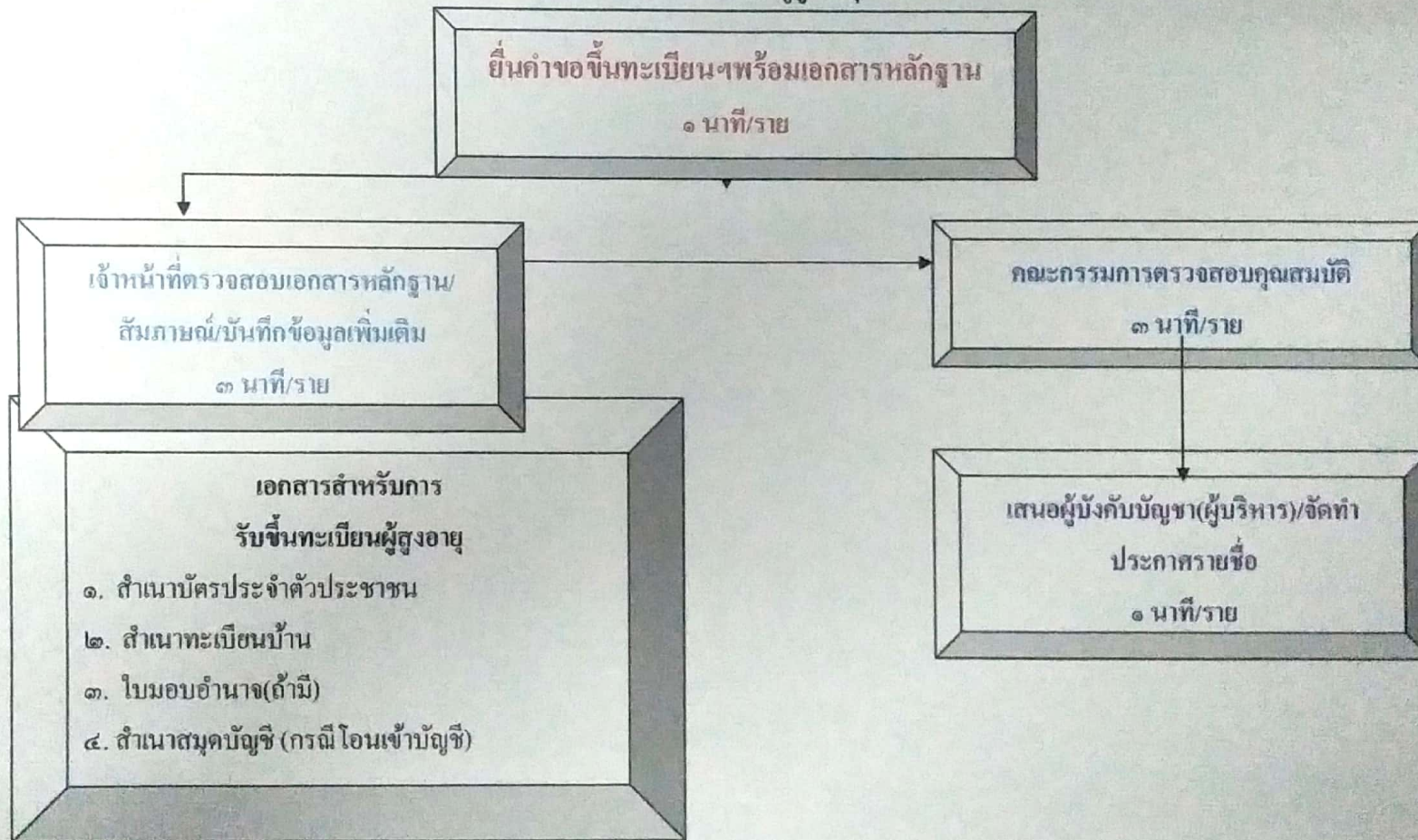
๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้วต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ จากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนา เท่านั้น

๗. กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้องแจ้งให้ งานสวัสดิการสังคมและพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลคำโคกสูง ทราบภายใน ๗ วัน

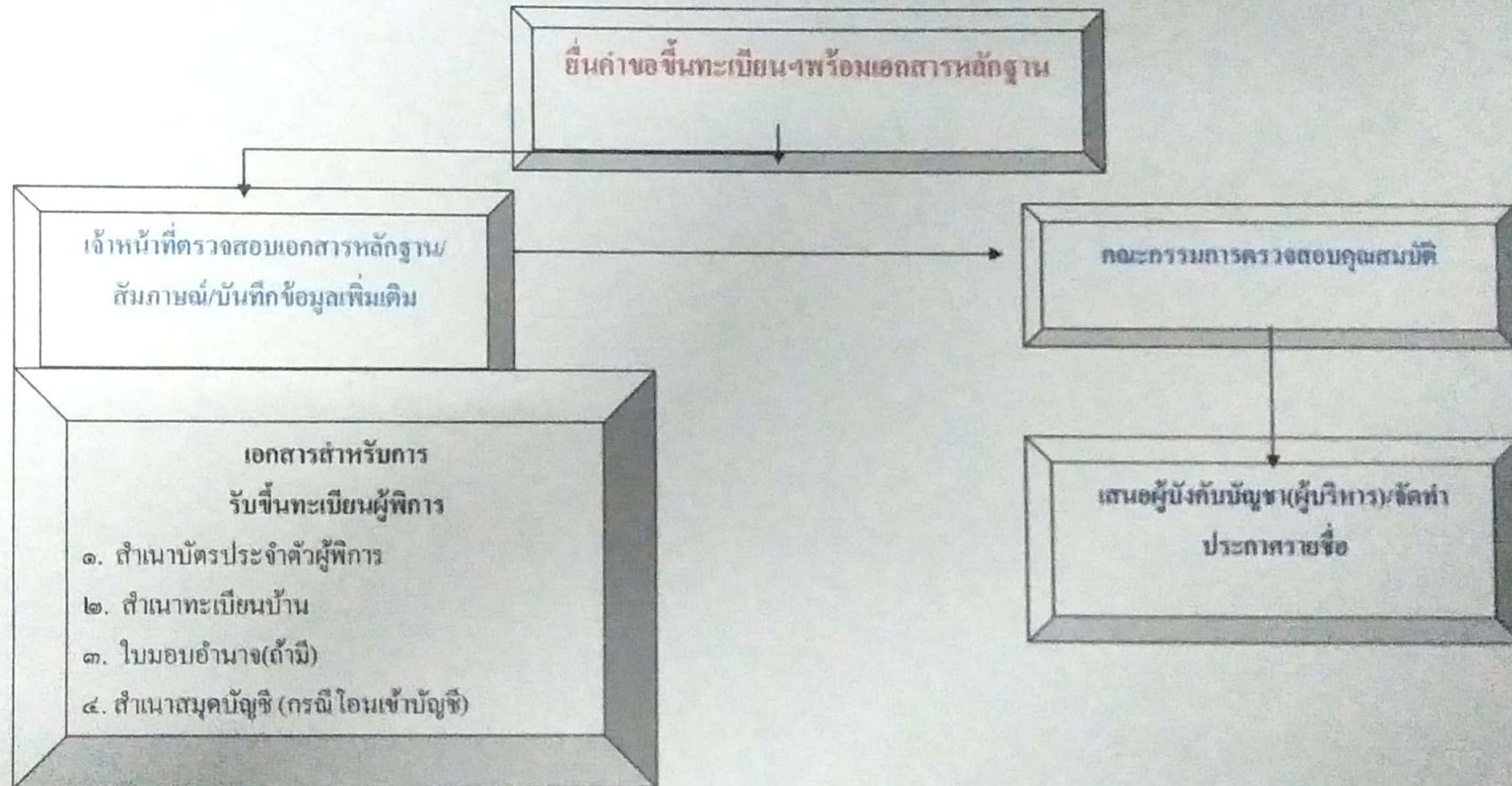
*****รู้แล้วบอกต่อนะคะ*****

ภาคผนวก

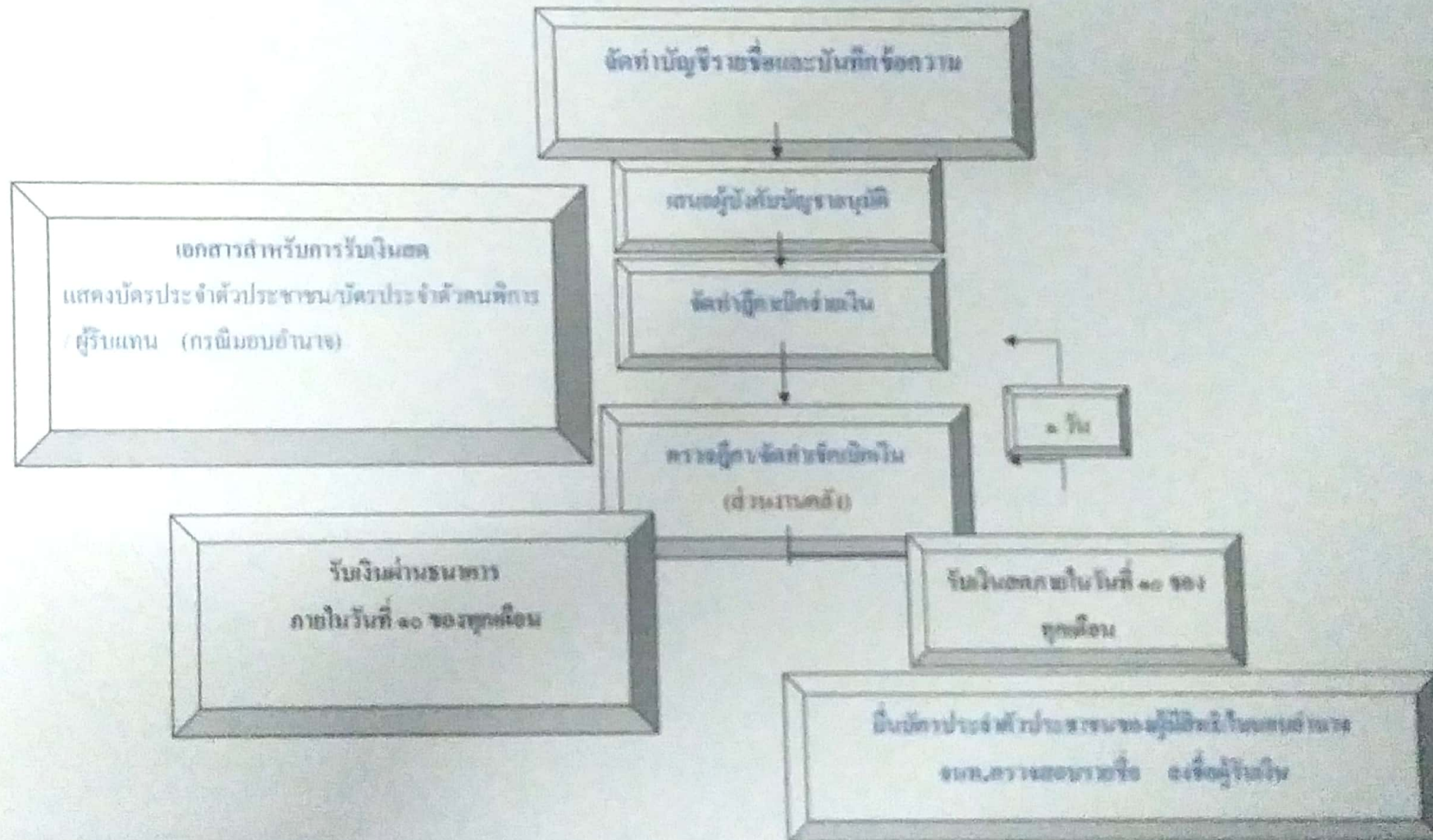
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
(การรับลงทะเบียนผู้สูงอายุ)



แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
(การรับลงทะเบียนคนพิการ)



แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติงาน
(การเบิก-จ่ายเบี้ยยังชีพ)



ทะเบียนเลขที่...../2565

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา - มารดา ☐ บุตร ☐ สามเ - ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ☐ อื่นๆ _____

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).

เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ □-□□□□-□□□□□-□□-□

เขียนที่ อบต.คำโคกสูง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล คำโคกสูง อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี

รหัสไปรษณีย์ 41280 โทรศัพท์.....หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของ.....

ผู้สงอายุที่ยื่นคำขอ ----

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

อาชีพ.....รายได้ต่อเดือน.....บาท

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการของรัฐ

☐ ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ ได้รับการสงเคราะห์
ความพิการ

☐ ย้ายภมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อวันที่.....

โดยย้ายมาจาก (ระบุที่อยู่เดิม.....)

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยฯ ผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ) _____

[illegible]

(HARVARD UNIVERSITY LIBRARY, 170 DIVINITY AVENUE, CAMBRIDGE, MASSACHUSETTS 02138, U.S.A.)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าทีผู้รับลงทะเบียน

ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยืนค้ำของทะเบียนกับ

ผู้ส่งอายุ ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2565 ถึงเดือนกันยายน 2566 ในอัตราแบบขั้นบันได ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาที่ไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ที่องค์การบริหารส่วนตำบลแห่งใหม่เพื่อเป็นการรักษาสติธิให้ต่อเนื่อง

(ลงชื่อ) _____
(_____)

เจ้าหน้าทีผู้รับลงทะเบียน

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา - มารดา ☐ บุตร ☐ สามี - ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการคนละแบบ ☐ อื่นๆ

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....

เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ ---

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบลคำโคกสูง อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี

รหัสไปรษณีย์ ๔๑๒๘๐ โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้พิการที่ยื่นคำขอ ---

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา
☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้
☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางจิตใจ
☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ.....

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

ข้อมูลทั่วไป: สถานภาพสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....
☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้พิการ ☐ อื่นๆ.....

(ระบุ).....

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

☐ มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร.....ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

พร้อมแนบเอกสารดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการ

เป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว/..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - - - แล้ว ☐ เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ☐ เป็นผู้ที่มีความประพฤติไม่เรียบร้อย เนื่องจาก..... (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลคำโคกสูง คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมี ความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)
คำสั่ง ☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่น ๆ (ลงชื่อ)..... นายกองค์การบริหารส่วนตำบลคำโคกสูง วัน/เดือน/ปี.....	

ตัดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยืนค้ำของลงทะเลเป็นเนิน

ผู้ส่งอายุ ชื่อ นาย/นาง/นางสาว บ้านเลขที่ หมู่ที่

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาที่ไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์การบริหารส่วนตำบลแห่งใหม่ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีบทให้ต่อเนื่อง

(ลงชื่อ).....

(XX)

เจ้าหน้าทีผู้รับลงทะเบียน

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือนี้ข้าพเจ้า.....

ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....เลขที่.....

ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....ที่อยู่เลขที่.....

หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เบอร์โทร.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....

เลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....เบอร์โทร.....

เป็นผู้มีอำนาจในการรับเงินเบี้ยยังชีพ.....(ผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ป่วยเอดส์).....

แทนข้าพเจ้าฯ ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เป็นต้นไป.....

ข้าพเจ้าขอรับรองชอบในการมอบอำนาจที่ได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้ เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำให้ด้วยตนเองทั้งสิ้น รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย.....ฉบับ เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าฯ
จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ส อบ ต. หมู่ที่

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ส อบ ต. หมู่ที่

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่.....

- ✦ มีข้อสงสัย ติดต่อสอบถามได้ที่ สวัสดิการสังคมและพัฒนาชุมชน สำนักปลัด อบต.คำโคกสูง
- ✦ โทร. ๐๖๔-๒๑๓๒๔๗๕ จำเอกพิชิต วิเชียรดี เจ้าพนักงานพัฒนาชุมชน
- ✦ โทร ๐๘๗-๔๓๔๑๐๗๗ นางสาวธัญดา ศรีบุญมา ผู้ช่วยเจ้าพนักงานพัฒนาชุมชน



งานสวัสดิการสังคมและพัฒนาชุมชน



สำนักปลัด

องค์การบริหารส่วนตำบลคำโคกสูง

อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี

