

**คู่มือประชาชนงานเบี้ยยังชีพ**

**http://www.thaytalad@outlook.co.th**

**คู่มือประชาชน**

* **การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ**
* **การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ**
* **การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์**

**งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท้ายตลาด**

**โทร/โทรสาร. 036-786024**





 **สัญลักษณ์ผู้สูงอายุ สัญลักษณ์คนพิการ สัญลักษณ์วันเอดส์โลก**

หน้า 1

คู่มือสำหรับประชาชน องค์การบริหารส่วนตำบลท้ายตลาด

|  |
| --- |
| **คู่มือสำหรับประชาชน** |

|  |  |
| --- | --- |
| **งานให้บริการ** | **การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ** |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบ** | **สำนักปลัด อบต.ท้ายตลาด** |

|  |
| --- |
| **ขอบเขตการให้บริการ** |
| **สถานที่ / ช่องทางการให้บริการ** | **ระยะเวลาเปิดให้บริการ** |
| 1. งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด อบต.ท้ายตลาด โทรศัพท์/โทรสาร 036-786024 | วันจันทร์ ถึง วันศุกร์(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)ตั้งแต่เวลา 08.30 – 12.00 น. และ 13.00 – 16.30 น. |

|  |
| --- |
| **หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอและในการพิจารณาอนุญาต** |
|  ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2552 ผู้ที่มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ ที่มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่ตำบลท้ายตลาด ที่ยังไม่ได้ไปลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ หรือผู้ที่ย้ายทะเบียนบ้านมาใหม่ ซึ่งไม่เป็นผู้ที่ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ประสงค์จะขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ในปีงบประมาณถัดไป มาลงทะเบียนเพื่อแสดงความจำนงขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุภายในเดือน พฤศจิกายน ของทุกปี  หลักเกณฑ์ผู้มีสิทธิ์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ (๑) มีสัญชาติไทย (๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน (๓) มีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้ลงทะเบียน และยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (๔) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘   |

หน้า 2

คู่มือสำหรับประชาชน องค์การบริหารส่วนตำบลท้ายตลาด

|  |
| --- |
| **ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ** |
| **ขั้นตอน** | **หน่วยงานผู้รับผิดชอบ** |
| 1. การตรวจสอบเอกสารผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไปหรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ ระยะเวลา 3 นาที2. การพิจารณาออกใบรับลงทะเบียนตามแบบยื่นคำขอลงทะเบียนให้ผู้ขอลงทะเบียน ระยะเวลา 2 นาที | งานพัฒนาชุมชนสำนักงานปลัด อบต.ท้ายตลาด |

|  |
| --- |
| **ระยะเวลา** |
| ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน 5 นาที |

|  |
| --- |
| **รายการเอกสารหลักฐานประกอบ** |
| **เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้** |
|  (๑) บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา (๒) ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา (๓) สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา สำหรับกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร - ในกรณีที่มีความจำเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ตามวรรคหนึ่ง อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนก็ได้ |

|  |
| --- |
| **ค่าธรรมเนียม** |
| -ไม่มี- |

|  |
| --- |
| **การรับเรื่องร้องเรียน** |
| ถ้าการบริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลท้ายตลาด อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี  โทรศัพท์: 036-786024 หรือ เว็บไซต์ **http://www.thaytalad@outlook.co.th** |

หน้า 1

คู่มือสำหรับประชาชน องค์การบริหารส่วนตำบลท้ายตลาด

|  |
| --- |
| **คู่มือสำหรับประชาชน** |

|  |  |
| --- | --- |
| **งานให้บริการ** | **การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ** |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบ** | **สำนักปลัด อบต.ท้ายตลาด** |

|  |
| --- |
| **ขอบเขตการให้บริการ** |
| **สถานที่ / ช่องทางการให้บริการ** | **ระยะเวลาเปิดให้บริการ** |
| 1. งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด อบต.ท้ายตลาด โทรศัพท์/โทรสาร 036-786024 | วันจันทร์ ถึง วันศุกร์(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)ตั้งแต่เวลา 08.30 – 12.00 น. และ 13.00 – 16.30 น. |

|  |
| --- |
| **หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอและในการพิจารณาอนุญาต** |
|  ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2559 ให้คนพิการที่ได้จดทะเบียนคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสถานที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดและมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป หลักเกณฑ์ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ 1. มีสัญชาติไทย 2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน 3. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการคุณภาพชีวิตคนพิการ 4. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการโดยรับเงินสดด้วยตนเองหรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์ผู้อนุบาลแล้วแต่กรณี ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบคนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถให้ผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์หรือผู้อนุบาลแล้วแต่กรณียื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว วิธีการ 1. คนพิการที่จะมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไปให้คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์ผู้อนุบาลแล้วแต่กรณียื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ สถานที่และภายในระยะเวลาที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศกำหนด 2.กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณที่ผ่านมาให้ถือว่าเป็นผู้ได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้แล้ว 3. กรณีคนพิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการได้ย้ายที่อยู่และยังประสงค์ประสงค์จะรับเงินเบี้ยความพิการต้องไปแจ้งต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป |

หน้า 2

คู่มือสำหรับประชาชน องค์การบริหารส่วนตำบลท้ายตลาด

|  |
| --- |
| **ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ** |
| **ขั้นตอน** | **หน่วยงานผู้รับผิดชอบ** |
| 1. การตรวจสอบเอกสารผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไปหรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ ระยะเวลา 3 นาที2. การพิจารณาออกใบรับลงทะเบียนตามแบบยื่นคำขอลงทะเบียนให้ผู้ขอลงทะเบียน ระยะเวลา 2 นาที | งานพัฒนาชุมชนสำนักงานปลัด อบต.ท้ายตลาด |

|  |
| --- |
| **ระยะเวลา** |
| ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน 5 นาที |

|  |
| --- |
| **รายการเอกสารหลักฐานประกอบ** |
| **เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้** |
| 1. บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับจริง พร้อมสำเนา 1 ชุด2. ทะเบียนบ้านฉบับจริงพร้อมสำเนา 1 ชุด3. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารฉบับจริงพร้อมสำเนา 1 ชุด (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)4. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายฉบับจริงพร้อมสำเนา 1 ชุด ของผู้ดูแลคนพิการผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์ผู้อนุบาลแล้วแต่กรณี (กรณียื่นคำขอแทน) 5. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารฉบับจริงพร้อมสำเนา 1 ชุด ของผู้ดูแลคนพิการผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์ผู้อนุบาลแล้วแต่กรณี (กรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบคนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถให้ผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์หรือผู้อนุบาลแล้วแต่กรณีการยื่นคำขอแทนต้องแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว)  |

|  |
| --- |
| **ค่าธรรมเนียม** |
| -ไม่มี- |

|  |
| --- |
| **การรับเรื่องร้องเรียน** |
| ถ้าการบริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลท้ายตลาด อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี  โทรศัพท์: 036-786024 หรือ เว็บไซต์ **http://www.thaytalad@outlook.co.th** |

 11

คู่มือสำหรับประชาชน องค์การบริหารส่วนตำบลท้ายตลาด

|  |
| --- |
| **คู่มือสำหรับประชาชน** |

|  |  |
| --- | --- |
| **งานให้บริการ** | **การยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์** |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบ** | **สำนักปลัด อบต.ท้ายตลาด** |

|  |
| --- |
| **ขอบเขตการให้บริการ** |
| **สถานที่ / ช่องทางการให้บริการ** | **ระยะเวลาเปิดให้บริการ** |
| 1. งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด อบต.ท้ายตลาด โทรศัพท์/โทรสาร 036-786024 | วันจันทร์ ถึง วันศุกร์(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)ตั้งแต่เวลา 08.30 – 12.00 น. และ 13.00 – 16.30 น. |

|  |
| --- |
| **หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอและในการพิจารณาอนุญาต** |
|  1.ผู้ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดย สถานพยาบาลของรัฐยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง 2.ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท้ายตลาด 3.กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำร้องด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้  |

|  |
| --- |
| **ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ** |
| **ขั้นตอน** | **หน่วยงานผู้รับผิดชอบ** |
| 1.ผู้ป่วยเอดส์ ยื่นเอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียน 2.เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร,คุณสมบัติ 3.เสนอคณะผู้บริหาร  | งานพัฒนาชุมชนสำนักงานปลัด อบต.ท้ายตลาด |

|  |
| --- |
| **ระยะเวลา** |
| ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน 5 นาที |

 12

คู่มือสำหรับประชาชน องค์การบริหารส่วนตำบลท้ายตลาด

|  |
| --- |
| **รายการเอกสารหลักฐานประกอบ** |
| **เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้** |
| 1.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ2.สำเทะเบียนบ้านของผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 1 ฉบับ3.ใบรับรองแพทย์ จำนวน 1 ฉบับ |

|  |
| --- |
| **ค่าธรรมเนียม** |
| -ไม่มี- |

|  |
| --- |
| **การรับเรื่องร้องเรียน** |
| ถ้าการบริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลท้ายตลาด อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี  โทรศัพท์: 036-786024 หรือ เว็บไซต์ **http://www.thaytalad@outlook.co.th** |

**แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ**

**(การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ)**

**ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนฯพร้อมเอกสารหลักฐาน**

**3 นาที/ราย**

**รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**

**เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน/สัมภาษณ์/บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม**

**2 นาที/ราย**

**เอกสารสำหรับการ**

**รับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ**

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

2. สำเนาทะเบียนบ้าน

3. ใบมอบอำนาจ(ถ้ามี)

4. สำเนาสมุดบัญชี (กรณีโอนเข้าบัญชี)

**เสนอผู้บังคับบัญชา(ผู้บริหาร)/จัดทำประกาศรายชื่อ**

**ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ เดิม 10 นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด 3-5 นาที/ราย**

**แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ**

**(การรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ)**

**ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนฯพร้อมเอกสารหลักฐาน**

**3 นาที/ราย**

**เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน/สัมภาษณ์/บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม**

**2 นาที/ราย**

**รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**

**เอกสารสำหรับการ**

**รับขึ้นทะเบียนผู้พิการ**

1. สำเนาบัตรประจำตัวผู้พิการ

2. สำเนาทะเบียนบ้าน

3. ใบมอบอำนาจ(ถ้ามี)

4. สำเนาสมุดบัญชี (กรณีโอนเข้าบัญชี)

**เสนอผู้บังคับบัญชา(ผู้บริหาร)/จัดทำประกาศรายชื่อ**

\* หมายเน

**ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ เดิม 10 นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด 3-5 นาที/ราย**

**แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ**

**(การเบิก-จ่ายเบี้ยผู้สูงอายุ)**

**จัดทำบัญชีรายชื่อและบันทึกข้อความ**

**( 1 วัน)**

**ขั้นตอนการรับเงินสดเดิม 5 นาที/ราย**

**ปรับลด 1 นาที/ราย**

**ผู้รับผิดชอบ งานพัฒนาชุมชน**

**เสนอผู้บังคับบัญชาอนุมัติ**

**เอกสารสำหรับการรับเงินสด**

1. แสดงบัตรประจำตัวประชาชนผู้สูงอายุ / ผู้รับแทน

 (กรณีมอบอำนาจ)

2. หนังสือมอบอำนาจ กรณีมอบอำนาจ

**จัดทำฎีกาเบิกจ่ายเงิน**

**1 วัน**

**ตรวจฎีกา/จัดทำเช็คเบิกเงิน**

**(ส่วนงานคลัง)**

**ส่งเอกสาร ธนาคาร**

**รับเงินได้ไม่เกิน 2 วันทำการ**

**กรณีไม่ใช่ธกส**

**รับเงินสดในวันที่ 1-10 ของทุกเดือน**

**รับเงินผ่านธนาคาร**

**ยื่นบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิ์/ใบมอบอำนาจ**

**จนท.ตรวจสอบรายชื่อ ลงชื่อผู้รับเงิน**

**1 นาที/ ราย**

**แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ**

**(การเบิก-จ่ายเบี้ยความพิการ)**

**จัดทำบัญชีรายชื่อและบันทึกข้อความ**

 **( 1 วัน)**

**เสนอผู้บังคับบัญชาอนุมัติ**

**เอกสารสำหรับการรับเงินสด**

1. แสดงบัตรประจำตัวประชาชนผู้สูงอายุ / ผู้รับแทน (กรณีมอบอำนาจ)

2. หนังสือมอบอำนาจ กรณีมอบอำนาจ

**ขั้นตอนการรับเงินสดเดิม 5 นาที/ราย**

**ปรับลด 1 นาที/ราย**

**ผู้รับผิดชอบ งานพัฒนาชุมชน**

**จัดทำฎีกาเบิกจ่ายเงิน**

**1 วัน**

**ตรวจฎีกา/จัดทำเช็คเบิกเงิน**

**(ส่วนงานคลัง)**

**รับเงินสดในวันที่ 1-10ของทุกเดือน**

**รับเงินผ่านธนาคาร**

**ส่งเอกสาร ธนาคาร**

**รับเงินได้ไม่เกิน 2 วันทำการ**

**กรณีไม่ใช่ ธกส**

**ยื่นบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิ์/ใบมอบอำนาจ**

**จนท.ตรวจสอบรายชื่อ ลงชื่อผู้รับเงิน**

ทะเบียนเลขที่...................................../...........

**แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. .............**

**เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน**

 ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น................................................................กับผู้สูงอายุที่ขอลงทะเบียน ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ) .................................................................................................เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

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

.........................................................................โทรศัพท์.................................................................................................

**ข้อมูลผู้สูงอายุ**

เขียนที่ ................................

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

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

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

ทะเบียนบ้านเลขที่......................หมู่ที่/ชุมชน...........................ตรอก/ซอย............................................ถนน................................

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

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

ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

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

อาชีพ.....................................................................................................รายได้ต่อเดือน...........................................บาท

**ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการของรัฐ**

□ ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ □ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ □ ได้รับการสงเคราะห์ความพิการ

□ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อวันที่...........................................................................................................โดยย้ายมาจาก (ระบุที่อยู่เดิม.......................................................................................................................................................................)

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

□ รับเงินสดด้วยตนเอง □ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

□ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ □ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

**พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้**

□ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย □ สำเนาทะเบียนบ้าน

□ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

□ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

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

 ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

-2-

|  |  |
| --- | --- |
| **ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน**เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย / นาง / นางสาว.....................................................................................................หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน□-□□□□-□□□□□-□□-□ □ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน □ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก........................................................................................................................................................................................................(ลงชื่อ).............................................................................. (...............................................................................)จ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน | **ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลคลองไผ่ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้□ สมควรรับลงทะเบียน □ ไม่สมควรรับลงทะเบียนกรรมการ (ลงชื่อ)............................................................. (.......................................................)กรรมการ (ลงชื่อ)............................................................. (.......................................................)กรรมการ (ลงชื่อ)............................................................. (.......................................................) |
| **คำสั่ง** □ รับลงทะเบียน □ ไม่รับลงทะเบียน □ อื่นๆ...................................................................................................(ลงชื่อ)......................................................... (......................................................) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท้ายตลาดวัน/เดือน/ปี............................................. |

 (ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้ .

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

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

 การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ..................... โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตั้งแต่เดือน ตุลาคม .................. ถึงเดือนกันยายน .................... ในอัตราแบบขั้นบันได ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาที่ไปอยู่ที่อื่น (ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม ............... ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน ...............) จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์การบริหารส่วนตำบลแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายน .................... ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

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

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

 เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

ทะเบียนเลขที่........................./..............

**แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ................**

**เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน :** ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น □ บิดา - มารดา □ บุตร □ สามี- ภรรยา □ พี่น้อง □ ผู้ดูแลคนพิการ □ อื่นๆ ..........................ลงทะเบียนชื่อ – สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....................................................................................เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

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

**ข้อมูลคนพิการ**

เขียนที่...........................................................

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

คำนำหน้านาม □ เด็กชาย □ เด็กหญิง □ นาย □ นาง □ นางสาว □ อื่นๆ (ระบุ).........................

ชื่อ............................................................นามสกุล....................................................................

เกิดวันที่....................เดือน..........................พ.ศ........................อายุ..................ปี สัญชาติ........................ มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่...............หมู่ที่.....................ตรอก/ซอย......................ถนน..........................ตำบล ......................อำเภอ . . จังหวัด ................................... รหัสไปรษณีย์.............โทรศัพท์....................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้พิการที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

**ประเภทความพิการ**  □ ความพิการทางการเห็น □ ความพิการทางสติปัญญา

□ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย □ ความพิการทางการเรียนรู้ □ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย □ ความพิการทางออทิสติก □ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม □ พิการซ้ำซ้อน □ ไม่ระบุความพิการ

**สถานภาพ**  ❑ โสด ❑ สมรส ❑ หม้าย ❑ หย่าร้าง ❑ แยกกันอยู่ ❑ อื่น ๆ...........

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

**ข้อมูลทั่วไป :** สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ

□ ยังไม่เคยได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ □ เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ............................ □ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ□ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ □ อื่นๆ (ระบุ)........

□ ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเอง□ มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ □ ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

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

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

❑ รับเงินสดด้วยตนเอง ❑ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มิสิทธิ

❑ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ❑ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

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

**พร้อมแนบเอกสารดังนี้**

❑ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ❑ สำเนาทะเบียนบ้าน

❑ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

❑ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯแทน)

 ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจาก

หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

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

 ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย √ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

**-2-**

|  |  |
| --- | --- |
| **ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน**เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว/…………….........................................................................................................หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน□-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว❑ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ❑ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติเนื่องจาก.....................................................................................................................................................................................................(ลงชื่อ)................................................. (...................................................) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน | **ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลคลองไผ่ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมีความเห็นดังนี้❑ สมควรรับลงทะเบียน ❑ ไม่สมควรรับลงทะเบียนกรรมการ (ลงชื่อ).......................................................... (........................................................)กรรมการ (ลงชื่อ).......................................................... (........................................................)กรรมการ (ลงชื่อ).......................................................... (........................................................) |
| คำสั่ง❑ รับลงทะเบียน ❑ ไม่รับลงทะเบียน ❑ อื่น ๆ ....................................................................................(ลงชื่อ).................................................นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท้ายตลาดวัน/เดือน/ปี............................................ |

**ตัดตามเส้นประให้คนพิการที่ขึ้นทะเบียนเก็บไว้**

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

 การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการประจาปีงบประมาณ พ.ศ. ….............. โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ย ความพิการ **ในอัตราเดือนละ 800 บาท** ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน กรณีผู้พิการย้ายภูมิลาเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคาขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่โดยเร็ว ทั้งนี้เพื่อเป็นการ เพื่อรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

...................................................

 เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

ทะเบียนเลขที่….........................../25…....

**แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 25.........**

ผู้ยื่นคำขอฯ [ ] แจ้งด้วยตนเอง

 [ ] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น................................กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ – สกุล........................................................เลขประจำตัวประชาชน ....................................................................................

ที่อยู่..................................................................................................................................................................................................

โทรศัพท์.....................................................

เขียนที่.............................................................

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

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

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

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

ถนน...................................ตำบล/แขวง.............................................................อำเภอ/เขต............................................................

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

**หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ** □ ....................................................................................

สถานภาพสมรส 🞏 โสด 🞏สมรส 🞏 หม้าย 🞏หย่าร้า 🞏 แยกกันอยู่ 🞏อื่นๆ .....................................

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้……………………………………………….โทรศัพท์........................................................................

เกี่ยวข้องโดยเป็น 🞏บิดา-มารดา 🞏บุตร 🞏สามี-ภรรยา 🞏พี่น้อง 🞏 อื่นๆ .................................................

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ 🞏ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ 🞏อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

**มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..................** โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

 **🞏รับเงินสดด้วยตนเอง 🞏รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ**

 **🞏โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ 🞏โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ**

**พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้**

🞏สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

🞏สำเนาทะเบียนบ้าน

🞏ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง

🞏หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)............................................................ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ).......................................................เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

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

**หมายเหตุ** ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย 🗸 ลงในช่องหน้าข้อความที่ต้องการ

/2

- 2 -

**ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน**

เรียน คณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ

 ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว......................................................................................................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □ ........................................................... แล้ว

 🞏 เป็นผู้มีสิทธิครบถ้วน

 🞏 เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้...........................................................................................................................

 (ลงชื่อ) .......................................................... เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

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

 ตำแหน่ง..................................................

**ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท้ายตลาด

 คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

 🞏สมควรรับขึ้นทะเบียน

 🞏ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

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

 กรรมการฯ กรรมการฯ กรรมการฯ

**คำสั่ง**

 🞏รับขึ้นทะเบียน

 🞏 ไม่รับขึ้นทะเบียน

 อื่นๆ...................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

 (นายสรรพวัฒน์ เกิดชนะ)

 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท้ายตลาด

 ............ / ................................. / .................

**ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์**

๑. ผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์

ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลาเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท้ายตลาด

๓. การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ อบต.ท้ายตลาด

 โดยมีหลักฐานที่ต้องนามา ดังนี้

๓.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง

๓.๒ บัตรประจาตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสาเนา)

๓.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสาเนา)

๓.๔ สำเนาบัญชีธนาคาร

๔. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเอง จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้

๕. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุ และคนพิการด้วย สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด

๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้ว ย้ายภูมิลาเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลาเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลาเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนาเท่านั้น

๗. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพฯ เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้องแจ้งให้ อบต.ท้ายตลาดทราบภายใน ๓ วัน

**ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือมอบอำนาจ**

**หนังสือมอบอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ**

 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 ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพ**ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ/ผู้ป่วยเอดส์** แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

 ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

 เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

 ลงชื่อ..................................................................ผู้มอบอำนาจ/ผู้สูงอายุ

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

 ลงชื่อ...................................................................ผู้รับมอบอำนาจ

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

 ลงชื่อ...................................................................พยาน

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

 ลงชื่อ...................................................................พยาน

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

**หนังสือมอบอำนาจยื่นรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/ผู้พิการ/ผู้ป่วยเอดส์**

 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 .....................................................................................................................................แทนข้าพเจ้า โดยข้าพเจ้ามอบอำนาจให้รับเงินเบี้ยยังชีพรายเดือนทุกเดือนตลอดปีงบประมาณ......................หรือจนเสร็จการ

 ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

 เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

 ลงชื่อ..................................................................ผู้มอบอำนาจ/ผู้สูงอายุ

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

 ลงชื่อ...................................................................ผู้รับมอบอำนาจ

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

 ลงชื่อ...................................................................พยาน

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

 ลงชื่อ...................................................................พยาน

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

**หนังสือแสดงความประสงค์**

**รับเงินเบี้ยยังชีพ(กรณีโอนเงินเข้าบัญชี)**

**หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์**

เขียนที่..............................................................

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

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท้ายตลาด

 ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....................................................................เป็นผู้มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้สูงอายุ/เบี้ยความพิการ นั้น

 ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

 ( ) เป็นเงินสด

 ( ) โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร...........................สาขา..................................

 เลขที่บัญชี................................................................................................

 ( ) แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไป

 ขอแสดงความนับถือ

 ลงชื่อ............................................................

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