



คู่มือการปฏิบัติงานการจ่ายเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยเอดส์ (สำหรับเจ้าหน้าที่)



การลงทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
การลงทะเบียนขอรับเบี้ยความพิการ
การลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
การยื่นขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ
การลงทะเบียนขอรับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด
การขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุ

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลนาขุม
อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี
เบอร์โทรศัพท์ ๐๕๕ - ๘๑๒๐๖๔

งานให้บริการ	การลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
หน่วยงานรับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลนาขุม

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลนาขุม โทร.๐๕๕ - ๘๑๒๐๖๔	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๒.๐๐ น. และเวลา ๑๓.๐๐ น. - ๑๖.๓๐ น.



หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ



รอบแรกตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึงพฤศจิกายนของทุกปี

รอบสองตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนกันยายนของทุกปี

ให้ผู้สูงอายุรายใหม่ที่ยังไม่เคยลงทะเบียนมาก่อนซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์แล้ว และผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์นับจนถึงวันที่ ๑ กันยายนของปี (เกิดก่อนวันที่ ๒ กันยายน เนื่องจากผู้สูงอายุที่เกิดตั้งแต่วันที่ ๒ กันยายน - ๑ ตุลาคม เป็นผู้สูงอายุที่จะมีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในเดือนถัดไปจากเดือนที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ คือเดือนตุลาคมปีถัดไป) ตัวอย่างเช่นผู้สูงอายุที่เกิดวันที่ ๒ กันยายน ๒๕๐๓ - ๑ ตุลาคม ๒๕๐๓ ที่จะมีอายุครบในเดือนตุลาคม ๒๕๖๓ ซึ่งจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในเดือนถัดไปคือเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๓

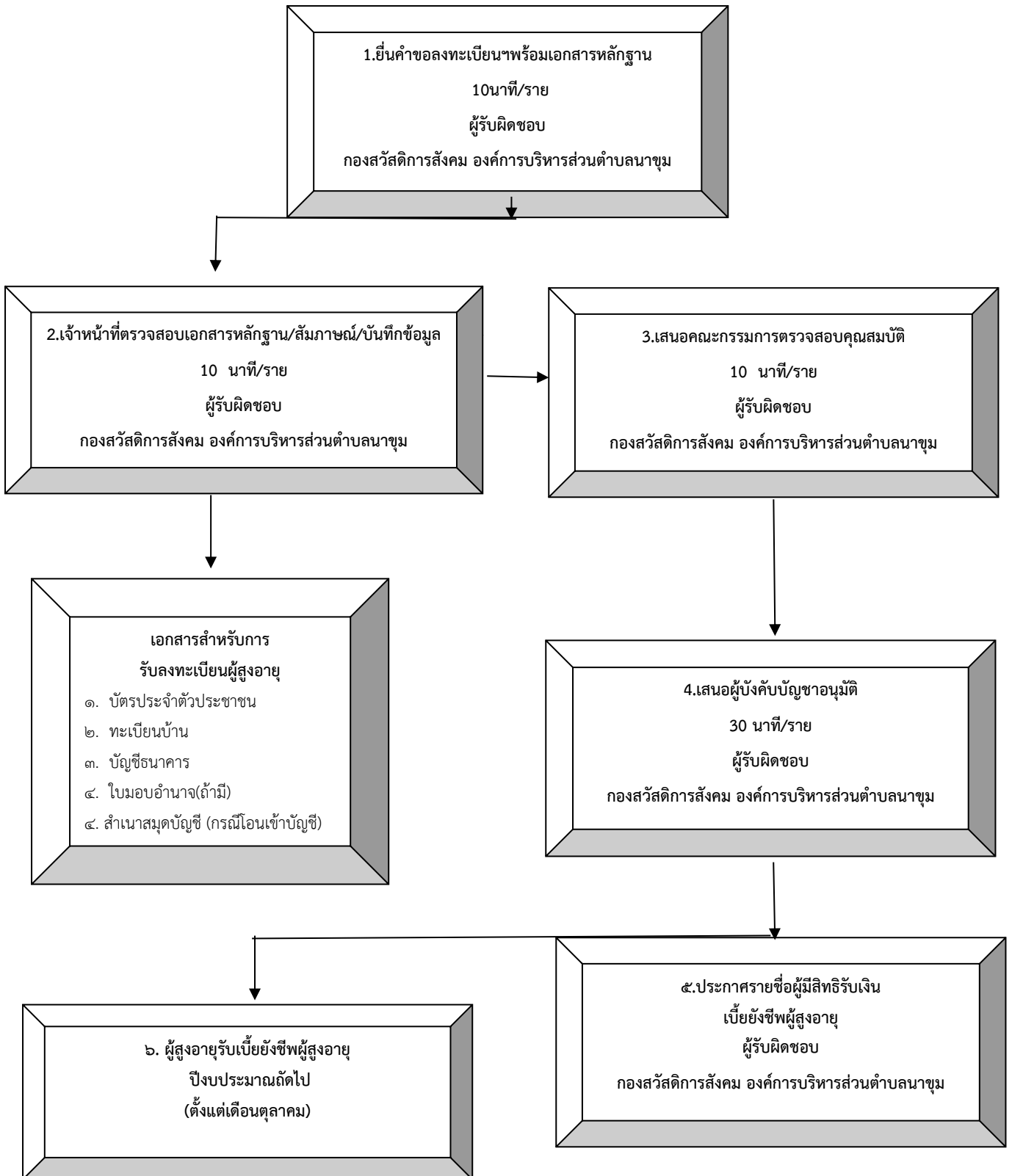
คุณสมบัติของผู้สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลนาชุม (ตามทะเบียนบ้าน)
๓. เป็นผู้มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์แล้วยังไม่เคยลงทะเบียนมาก่อนซึ่งย้าย ภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ในพื้นที่ หรือเป็นผู้ที่จะมีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ในปีถัดไป
๔. ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใด จากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัดบำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทนรายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ

* ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘

“ ผู้สูงอายุผู้ใดที่มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ ต่อมาผู้สูงอายุนั้นได้ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ให้ผู้สูงอายุนั้น ไปลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ นับตั้งแต่วันที่ย้ายแต่ไม่เกินเดือนพฤศจิกายนของปีนั้น ๆ ทั้งนี้ ให้ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ในปีงบประมาณถัดไป โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่แจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมที่จ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุผู้นั้นทราบเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน ทั้งนี้ในระหว่างปีงบประมาณให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมที่จ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นยังคงจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อไปจนกว่าจะสิ้นปีงบประมาณ ”

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการลงทะเบียนเพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



ระยะเวลา ขั้นตอนการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุ ๖๐ นาที/ราย

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

กรณีมาด้วยตนเอง

- | | |
|---|--------------|
| ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (รับรองสำเนา) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน (รับรองสำเนา) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. สำเนาหน้าสมุดบัญชี | จำนวน ๑ ฉบับ |

กรณีไม่สามารถมาด้วยตนเองได้ ให้มอบอำนาจตามหนังสือมอบอำนาจ สามารถขอรับได้ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลนาชุม พร้อมเอกสารดังนี้

- | | |
|---|--------------|
| ๑. หนังสือมอบอำนาจจำนวน ๑ ฉบับ | |
| ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้สูงอายุ (รับรองสำเนา) | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๓. สำเนาทะเบียนบ้านผู้สูงอายุ (รับรองสำเนา) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. สำเนาหน้าสมุดบัญชี | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๕. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ (รับรองสำเนา) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๖. สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับมอบอำนาจ (รับรองสำเนา) | จำนวน ๑ ฉบับ |

****ขอรับแบบคำขอขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ และยื่นเอกสารได้ที่ กองสวัสดิการสังคม**

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลนาชุม**



การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

องค์การบริหารส่วนตำบลนาขุม ดำเนินการเบิกเงินให้กับผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพที่มาขึ้นทะเบียนไว้ ภายในวันที่ ๑๐ ของเดือน โดยการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารที่ได้แจ้งความประสงค์ไว้ดังนี้

๑. ผู้สูงอายุที่มีอายุครบ ๖๐ ปี จะเริ่มเบิกจ่ายให้ในเดือนตุลาคมของปีนั้น

๒. ผู้สูงอายุที่มีอายุครบ ๖๐ ปี ในปีงบประมาณถัดไปจากวันที่ลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จะได้รับเงินในเดือนเกิดสำหรับท่านที่เกิดในวันที่ ๑ และจะได้รับในเดือนถัดไปจากเดือนเกิดสำหรับท่านที่เกิดตั้งแต่วันที่ ๒ - ๓๐ ของเดือนนั้น

การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแบบขั้นบันได

การจ่ายเงินให้ผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจะได้รับจะคิดอัตรา แบบขั้นบันได

“แบบขั้นบันได” หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วงๆ โดยเริ่มตั้งแต่อายุ ๖๐ ปี

โดยจะคำนวณตามปีงบประมาณ มิใช่ปีปฏิทิน และไม่มี การเพิ่มช่วงอายุ ในระหว่างปี รายละเอียดดังนี้

ช่วงอายุ ๖๐ - ๖๙ ปี จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๖๐๐ บาท

ช่วงอายุ ๗๐ - ๗๙ ปี จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๗๐๐ บาท

ช่วงอายุ ๘๐ - ๘๙ ปี จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๘๐๐ บาท

ช่วงอายุ ๙๐ ปีขึ้นไป จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๑,๐๐๐ บาท

การสิ้นสุดการรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

สิทธิของผู้ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ.๒๕๖๒

๑. ตาย

๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขต องค์การบริหารส่วนตำบลนาขุม

๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นหนังสือต่อองค์การบริหารส่วนตำบลนาขุม

๔. ขาดคุณสมบัติ ตามข้อ ๖

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ลงทะเบียน

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..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียน

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

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

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

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคารบัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ บำเหน็จ

รายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่า

ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและข้าพเจ้ายินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

“ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นและยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

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

ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติ ครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน โดยรับตั้งแต่เดือน.....พ.ศ..... เป็นต้นไป กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนกันยายนของปีนั้น ๒๕๖๑ ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้เบี้ยผู้สูงอายุ ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เดิมจนสิ้นปีงบประมาณ และรับที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ในปีงบประมาณถัดไป

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

หนังสือมอบอำนาจ

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

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

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน..... แทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะที่ชีวิตอยู่หรือ
เสียชีวิตแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

งานให้บริการ	การลงทะเบียนรับเบี้ยความพิการ
หน่วยงานรับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลนาชุม

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลนาชุม โทร.๐๕๕ - ๘๑๒๐๖๔	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๒.๐๐ น. และเวลา ๑๓.๐๐ น. - ๑๖.๓๐ น.

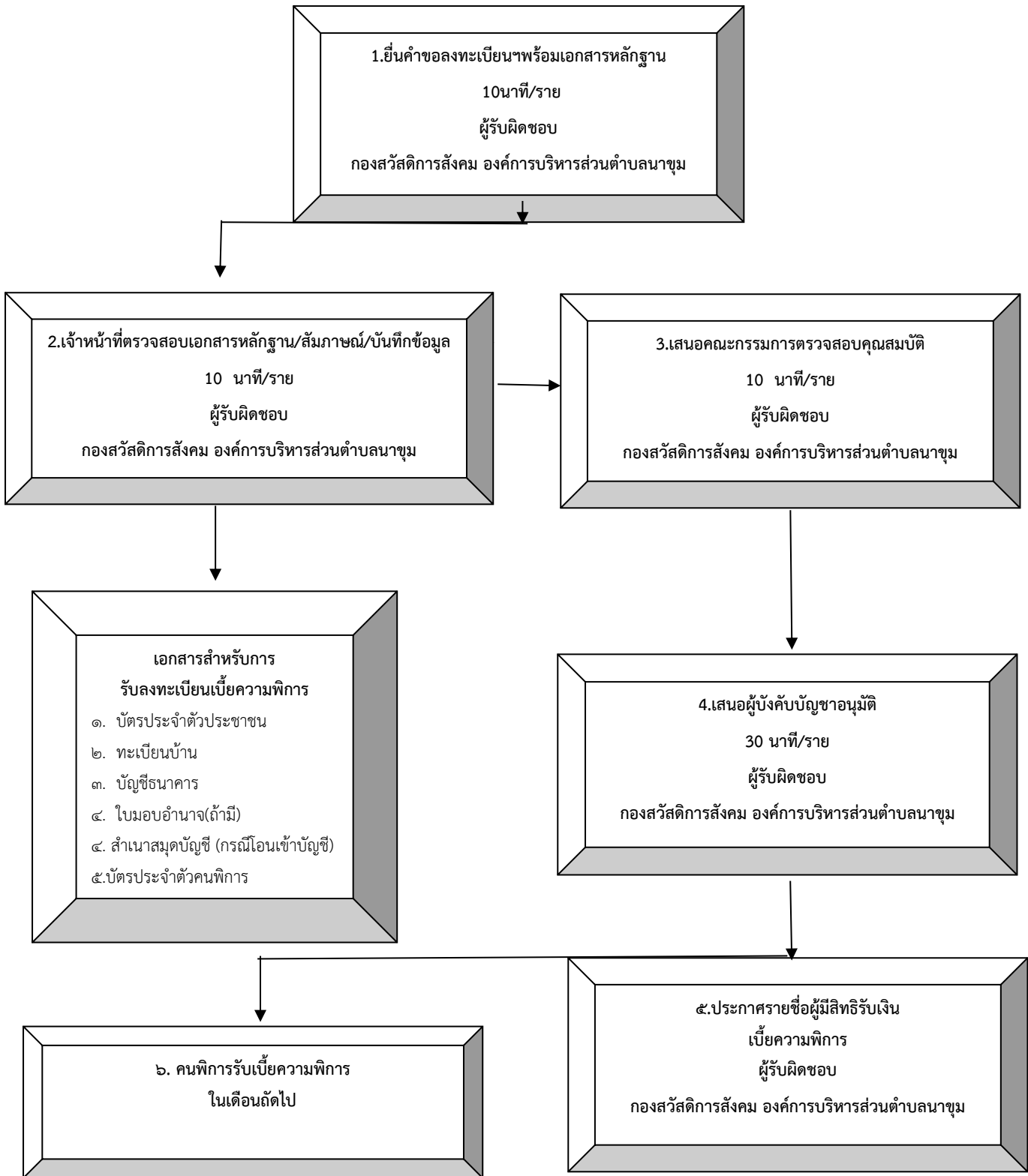


หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลนาชุม (ตามทะเบียนบ้าน)
๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

“ ในกรณีคนพิการซึ่งได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนึ่งและย้ายภูมิลำเนาไปอยู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น หรือกรุงเทพมหานคร ให้คนพิการนั้นลงทะเบียนและ ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนมีภูมิลำเนา และให้ได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ในเดือนถัดไป ทั้งนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แห่งใหม่ต้องได้รับการยืนยันจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมที่จ่ายเงินเบี้ยความพิการเพื่อไม่ให้เกิด ความซ้ำซ้อน ”

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการลงทะเบียนเพื่อรับเบี้ยความพิการ



ระยะเวลา ขั้นตอนการรับลงทะเบียนเบี้ยความพิการ ๖๐ นาที/ราย

เอกสารหลักฐานที่ใช้ลงทะเบียน

กรณีมาด้วยตนเอง

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (รับรองสำเนา) จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน (รับรองสำเนา) จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
จำนวน ๑ ฉบับ
๔. สำเนาหน้าสมุดบัญชี จำนวน ๑ ฉบับ

กรณีไม่สามารถมาด้วยตนเองได้ ให้มอบอำนาจตามหนังสือมอบอำนาจ สามารถขอรับได้ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลทางเกวียน พร้อมเอกสารดังนี้

๑. หนังสือมอบอำนาจจำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้พิการ (รับรองสำเนา) จำนวน ๒ ฉบับ
๓. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
จำนวน ๑ ฉบับ
๔. สำเนาทะเบียนบ้านผู้พิการ (รับรองสำเนา) จำนวน ๑ ฉบับ
๕. สำเนาหน้าสมุดบัญชี หน้าหมายเลขบัญชีธนาคาร ธกส. (ชื่อผู้พิการ) จำนวน ๑ ฉบับ
๖. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ (รับรองสำเนา) จำนวน ๑ ฉบับ
๗. สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับมอบอำนาจ (รับรองสำเนา) จำนวน ๑ ฉบับ

**** ขอรับแบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเบี้ยความพิการ และยื่นเอกสาร ได้ที่**

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลนาชุม**



การจ่ายเงินเบี้ยความพิการ

องค์การบริหารส่วนตำบลนาขุม ดำเนินการเบิกเงินให้กับผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการที่มาขึ้นทะเบียนไว้ ภายในวันที่ ๑๐ ของเดือนถัดไป โดยการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร หรือรับเงินสดที่ได้แจ้งความประสงค์ไว้

การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยความพิการ

สิทธิของผู้ได้รับเงินเบี้ยความพิการ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้แก่คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ.๒๕๖๒

๑. ตาย
๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขต องค์การบริหารส่วนตำบลนาขุม
๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยความพิการเป็นหนังสือต่อองค์การบริหารส่วนตำบลนาขุม
๔. ขาดคุณสมบัติ ตามข้อ ๖



ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอลงทะเบียนรับเบี้ยความพิการ

ทะเบียนเลขที่ /

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ.....

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับคนพิการ
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา - มารดา บุตร สามเฒ่า - ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ
ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....
เลขประจำตัวประชาชน ---- ที่อยู่.....
โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

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

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ - - -

ประเภทความพิการ ความพิการทางการเห็น ความพิการทางสติปัญญา
 ความพิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้
 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย ความพิการทางออกัสติก
 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ.....

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่
เมื่อ.....

ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อื่น ๆ (ระบุ).....

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

มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล
 โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล
พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว</p> <p>.....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□ แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มื้คุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีขาดคุณสมบัติ ดังนี้</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ</p> <p>(ลงชื่อ)</p> <p>นายก เทศมนตรี/นายก อบต.</p> <p>วัน/เดือน/ปี.....</p>	

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียน เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณโดยจะได้รับเงิน
เบี้ยความพิการในเดือนถัดไป **ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน** กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องมาแจ้งให้องค์การ
บริหารส่วนตำบลกะเจ็ด และลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือน
ถัดไป ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

หนังสือมอบอำนาจ

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน.....แทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือ
เสียชีวิตแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

งานให้บริการ	การลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
หน่วยงานรับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลนาขุม

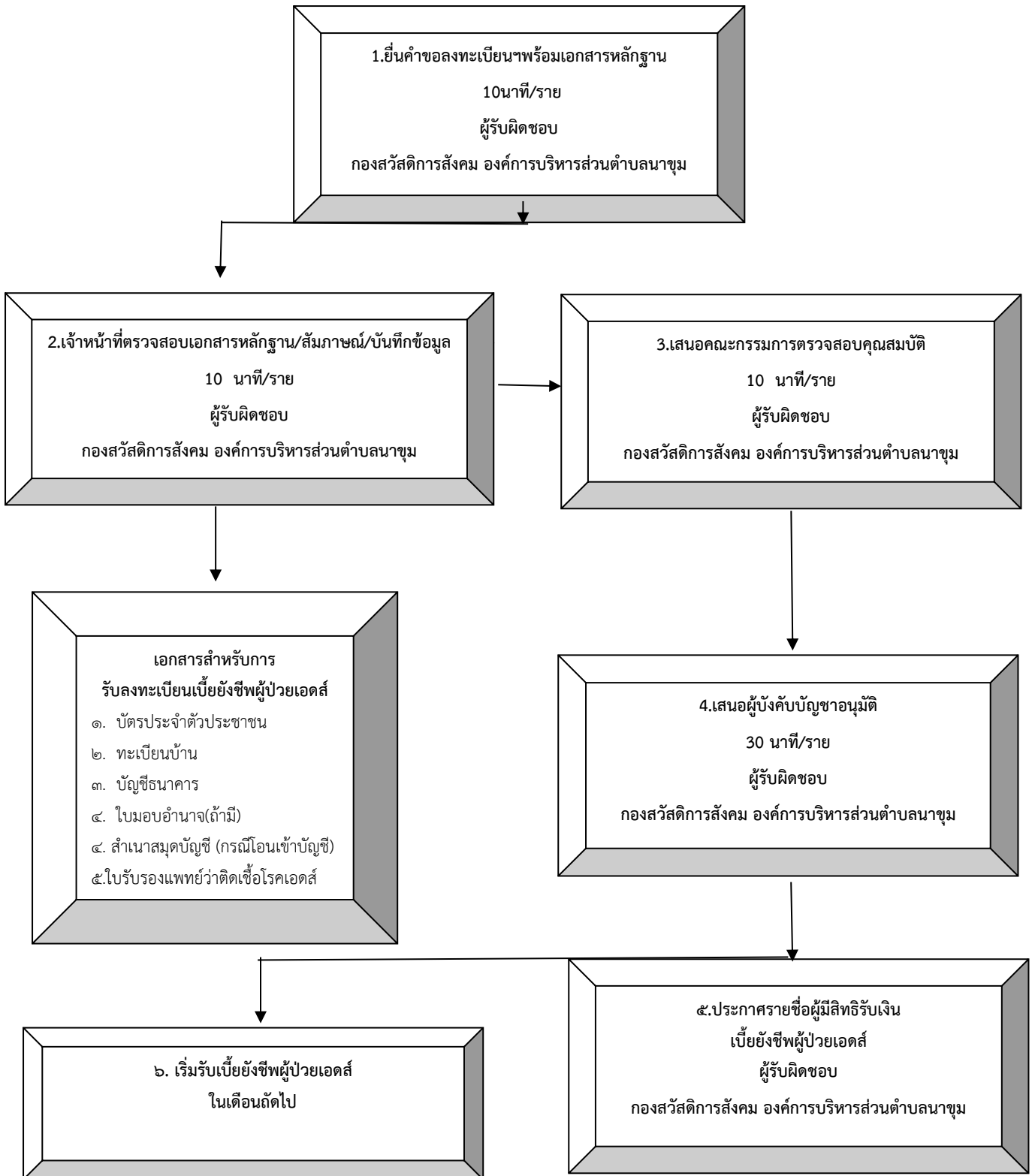
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลนาขุม โทร.๐๕๕ - ๘๑๒๐๖๔	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๒.๐๐ น. และเวลา ๑๓.๐๐ น. - ๑๖.๓๐ น.



หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

- ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
- ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลนาขุม
- การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลนาขุม

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการการลงทะเบียนเพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์



ระยะเวลา ขั้นตอนการรับลงทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ๖๐ นาที/ราย

เอกสารหลักฐานประกอบแบบคำขอลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. ใบรับรองแพทย์เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว จำนวน ๑ ชุด (ฉบับจริง)
๒. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ชุด
๓. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา จำนวน ๑ ชุด
๔. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีและผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ผ่านธนาคาร) จำนวน ๑ ชุด
๕. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ชุด
๖. สมุดเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีและผู้ขอรับเบี้ยยังชีพผู้ผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ผู้ป่วยเอดส์ ผ่านธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ) จำนวน ๑ ชุด

การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้ผู้ป่วยเอดส์

องค์การบริหารส่วนตำบลนาขุม ดำเนินการเบิกเงินให้กับผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ผู้ป่วยเอดส์ ที่มาขึ้นทะเบียนไว้ ภายในวันที่ ๑๐ ของเดือนถัดไป โดยการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร หรือรับเงินสดที่ได้แจ้งความประสงค์ไว้

หมายเหตุ

๑. กรณีผู้ผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถ ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพได้ทั้งหมด
๒. กรณีผู้ผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ผู้ป่วยเอดส์แล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ผู้ป่วยเอดส์ จากองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ผู้ป่วยเอดส์มาดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ย ยังชีพผู้ผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ผู้ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ผู้ป่วยเอดส์ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนา เท่านั้น
๓. กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้องแจ้งให้องค์การบริหารส่วนตำบลนาขุมทราบภายใน ๗ วัน

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ทะเบียนเลขที่ /

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

ผู้ยื่นคำขอ แจ้งด้วยตนเอง

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้น

ทะเบียน ชื่อ-สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน - - -

ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

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

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

ถนน.....ตำบล.....ซากโดน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ - - -

สถานภาพ โสด สมรส หย่าร้าง อื่น ๆ

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....

เกี่ยวข้องโดยเป็น บิดา - มารดา บุตร สามเณร - ภรรยา พี่น้อง อื่นๆ

มีความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ตามข้อ 9

แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2548

โดยวิธีดังต่อไปนี้

รับเงินสดด้วยตนเอง

รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ของผู้ป่วยเอดส์

สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ป่วยเอดส์

หนังสือรับรองและวินิจฉัยโรค จากสถานพยาบาลของรัฐ

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ป่วยเอดส์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯแทน)

โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

1. ที่พักอาศัย

() เป็นของตนเอง และมีลักษณะ

() ชำรุดทรุดโทรม

() ชำรุดทรุดโทรมบางส่วน

() มั่นคงถาวร

() เป็นของ เกี่ยวข้องเป็น

2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง สามารถเดินทางได้
() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก
อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง สามารถเดินทางได้
() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก
อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง สามารถเดินทางได้
() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

3. การพักอาศัย

- () อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก เป็นเวลาประมาณ ปี
() พักอาศัยกับ รวม คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน คน
มีรายได้รวมบาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก

4. รายได้ - รายจ่าย

มีรายได้รวมบาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้
นำไปใช้จ่ายเป็นค่า
บุคคลที่สามารถติดต่อได้ สถานที่ติดต่อเลขที่ ถนน
ตรอก/ซอย หมู่ที่ ตำบล..... อำเภอ จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร เกี่ยวข้องเป็น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (ลายมือชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน
() (.....)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง □ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

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

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

- เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน
- เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้

.....

(ลงชื่อ)

เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

ตำแหน่ง

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียนนายกองค์การบริหารส่วนตำบลชากโดน.....

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

- สมควรรับขึ้นทะเบียน
- ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

(.....)

ประธานกรรมการฯ

กรรมการฯ

กรรมการฯ

คำสั่ง

- รับขึ้นทะเบียน
- ไม่รับขึ้นทะเบียน
- อื่น ๆ

.....

(ลงชื่อ)

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

งานให้บริการ	การยื่นขอทำบัตรประจำคนพิการ
หน่วยงานรับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลนาขุม

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลนาขุม โทร.๐๕๕ - ๘๑๒๐๖๔	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๒.๐๐ น. และเวลา ๑๓.๐๐ น. - ๑๖.๓๐ น.



ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ

๑. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลของรัฐ เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสารรับรองความพิการ

๒. ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุตรดิตถ์ หรือที่ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลนาขุม โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๒.๑ เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยแพทย์เฉพาะทาง (ตัวจริง) โดยโรงพยาบาลของรัฐที่ออกมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน

๒.๒ รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป

๒.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๕ ถ้าคนพิการมีผู้ดูแล

(กรณีเป็นญาติทางสายโลหิต)

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

- สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

(กรณีไม่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเดียวกันหรือไม่ได้เป็นญาติทางสายโลหิตกับผู้พิการ)

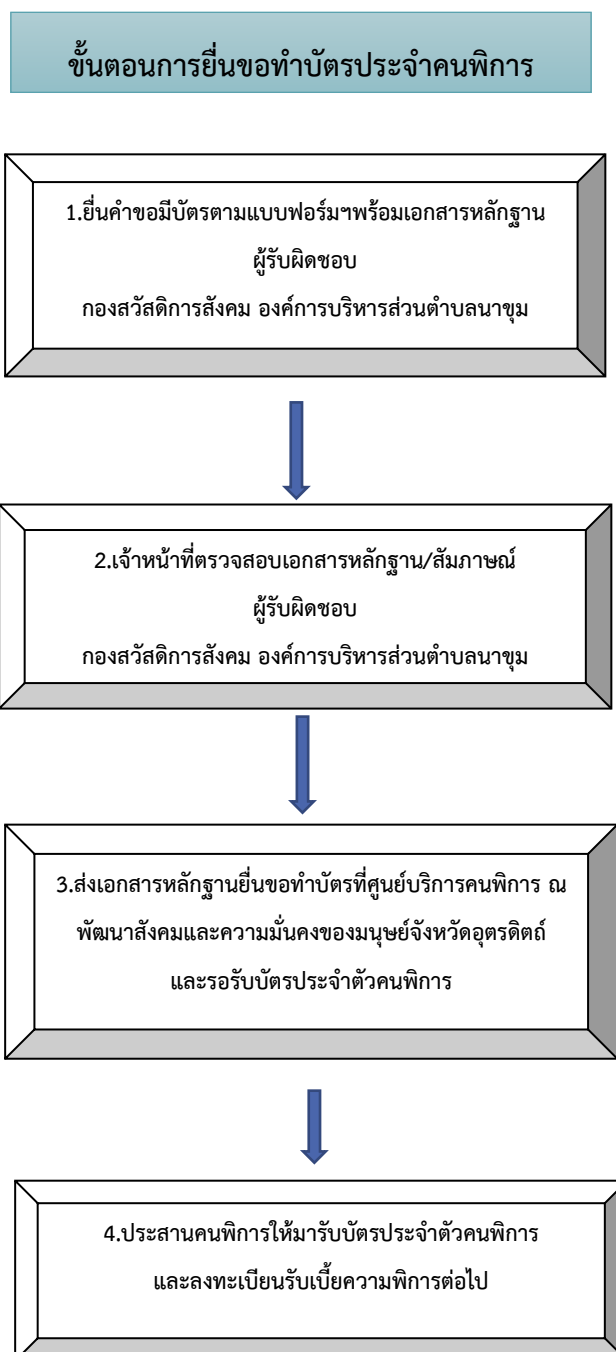
- ต้องมีหนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแล พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตำแหน่งของ ผู้รับรองที่ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

- สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

๓. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอทำบัตรประจำตัวคน พิการ ให้นำหลักฐาน ตามข้อ ๒.๔ -๒.๕ มาด้วย

↻ **แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ มารับที่ กองสวัสดิการสังคม
องค์การบริหารส่วนตำบลชุม**



🔄 การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

ดำเนินการต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุตรดิตถ์ หรือที่ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลนาขุม โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๑. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม
๒. รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
๔. สำเนาทะเบียนบ้านอย่างละ จำนวน ๑ ฉบับ
๕. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการมีผู้ดูแล

(กรณีเป็นญาติทางสายโลหิต)

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

(กรณีไม่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเดียวกันหรือไม่ได้เป็นญาติทางสายโลหิตกับผู้พิการ)

- ต้องมีหนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแล พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตำแหน่งของผู้รับรอง ที่ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

๕. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการให้นำหลักฐานตามข้อ ๓ - ๕ มาด้วย

🔄 การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ

การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการได้ที่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุตรดิตถ์ หรือที่ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลนาขุม โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๑. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้พิการ จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาทะเบียนบ้านผู้พิการ จำนวน ๑ ฉบับ
๔. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนเดิม
 - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอการมีบัตรประจำตัวคนพิการ



แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปถ่าย
คนพิการ

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

- ขอมีบัตรครั้งแรก
 ขอมีบัตรเนื่องจาก
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> บัตรหมดอายุ | <input type="checkbox"/> ชำรุด |
| <input type="checkbox"/> สูญหาย | <input type="checkbox"/> มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ |
| <input type="checkbox"/> อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ | |

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

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

๓.๑๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

- ทางการเห็น ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
 ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ทางสติปัญญา ทางการเรียนรู้ ทางออสติก

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ไม่มี มี (กรอกข้อมูลข้อ ๓.๒)

๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(๑) คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่นๆ(ระบุ)

(๒) ชื่อ..... นามสกุล.....

(๓) เลขประจำตัวประชาชน - - - -

เลขหนังสือเดินทาง (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)

(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ บิดามารดา บุตร สามเณรหรือภรรยา พี่น้อง
 ปู่ย่าตายาย ลูกพี่ลูกน้อง บุคคลอื่น (ระบุ).....

(๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

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

มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....

(๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล.....บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ยินยอม ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

คนพิการ

ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน

เลขประจำตัวประชาชน - - - -

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน เห็นควร ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ความเห็นอื่น ๆ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

หนังสือรับรองเป็นผู้ดูแลคนพิการ

หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ผู้รับรอง).....

อายุ.....ปี บัตรประจำตัวข้าราชการ/บัตรประจำตัวพนักงาน เลขที่.....

ตำแหน่ง.....ออกให้โดย.....

วันหมดอายุ.....มีสถานภาพเป็น

กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกสภาท้องถิ่น

ประธานชุมชน พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ (ของหน่วยงานราชการ, รัฐวิสาหกิจ)

อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

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

โทรศัพท์.....ซึ่งอาศัย หรือปฏิบัติหน้าที่ อยู่ในพื้นที่เดียวกันกับคนพิการพักอาศัยอยู่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า (ผู้ดูแลคนพิการ).....

เป็นผู้ดูแลคนพิการชื่อ (ชื่อคนพิการ).....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....จริง โดยผู้ดูแลคนพิการ

มีความเกี่ยวพันเป็น.....กับคนพิการ และเป็นผู้ดูแลคนพิการจริง ทั้งนี้เพื่อให้ใช้หนังสือ

รับรองฉบับนี้เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา

ออกบัตรประจำตัวคนพิการ เปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ เพิ่มชื่อผู้ดูแลคนพิการ

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ :

- แบบสำเนาบัตรประจำตัวกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกท้องถิ่น ประธานชุมชน พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พร้อมรับรองสำเนาบัตรประจำตัวด้วย

- การรับรองเอกสารอื่นเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

บันทึกเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ



(ป.ส.14)

บันทึก

ที่.....

เรื่อง.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....

พ.ศ.....เกิดที่จังหวัด.....ประเทศ.....สัญชาติ.....

บิดาชื่อ.....มารดาชื่อ.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....อาชีพ.....

ขอให้ลือยศคำต่อ.....ตำแหน่ง.....

ด้วยความจริงดังนี้ ข้าพเจ้า.....

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

ลงชื่อ.....ผู้ให้ลือยศคำ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้บันทึกลือยศคำ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

งานให้บริการ	การลงทะเบียนขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
หน่วยงานรับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลนาขุม

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลนาขุม โทร.๐๕๕ - ๘๑๒๐๖๔	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๒.๐๐ น. และเวลา ๑๓.๐๐ น. - ๑๖.๓๐ น.



การลงทะเบียนและคุณสมบัติการขอรับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด

ตามที่ รัฐบาลมีนโยบายให้จ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ที่เกิดตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๘ เป็นต้นไป อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย โดยสมาชิกในครัวเรือนมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ต่อคน ต่อปี ในอัตราเดือนละ ๖๐๐ บาท ต่อคน ต่อเดือน จนมีอายุครบ ๖ ปี นั้น และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับลงทะเบียนเพื่อรับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิดของในตำบลนั้นๆ

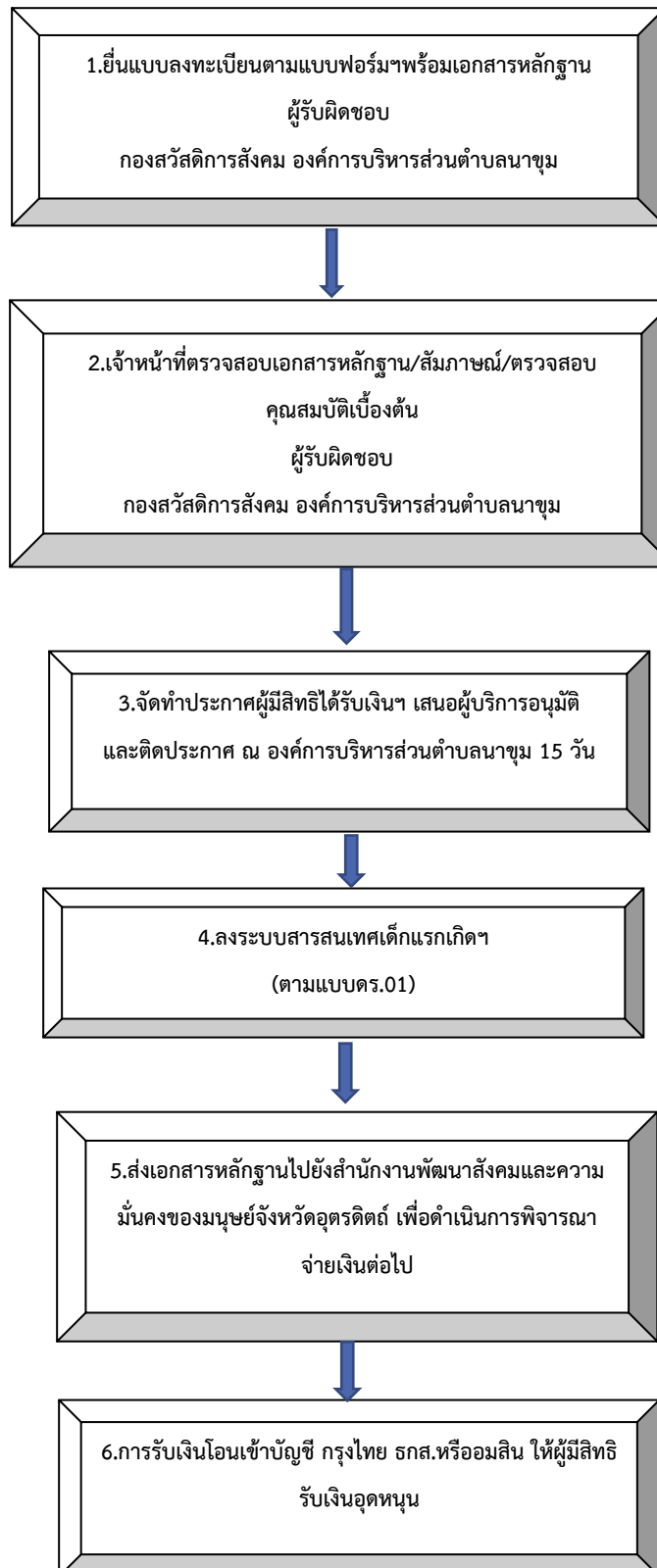
คุณสมบัติของผู้ยื่น

- เด็กแรกเกิดที่มีสิทธิมีสัญชาติไทย (พ่อแม่มีสัญชาติไทย หรือพ่อหรือแม่มีสัญชาติไทย)
- เกิดตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๘ เป็นต้นไป จนมีอายุครบ ๖ ปี
- อาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย
- ไม่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของหน่วยงานของรัฐ หรือเอกชน
- ผู้ปกครองที่มีสิทธิลงทะเบียนมีสัญชาติไทยเป็นบุคคลที่รับเด็กแรกเกิดไว้ในความอุปการะ

เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วยอยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย คือ สมาชิกครัวเรือนมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ต่อคน ต่อปี

* หมายเหตุ มารดาที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ยังไม่ต้องมายื่นคำร้องขอลงทะเบียนขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

ขั้นตอนการยื่นขอรับเงินอุดหนุนเพื่อเด็กแรกเกิด



เอกสารประกอบการลงทะเบียน ประกอบด้วย

- แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.๐๑)
- แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒)
- บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง
- สูติบัตรเด็กแรกเกิด
- สมุดบัญชีเงินฝากของผู้ปกครอง (บัญชีออมทรัพย์ธนาคารกรุงไทย บัญชีเงินฝากเพื่อเรียกธนาคารออมสิน หรือบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส.) อย่างไม่อย่างหนึ่งเท่านั้น)
- สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก เฉพาะหน้าที่ ๑ ที่มีชื่อของหญิงตั้งครรภ์

(ในกรณีที่สมุดสูญหายให้ใช้เฉพาะสำเนาหน้าที่ ๑ พร้อมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูลและรับรองสำเนา)

กรณีที่ผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนและสมาชิกในครัวเรือนของผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียน เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท ต้องมีเอกสาร ใบรับรองเงินเดือน หรือหนังสือรับรองรายได้ของทุกคนที่มีรายได้ประจำ (สลิปเงินเดือน หรือเอกสารหลักฐานที่ นายจ้างลงนาม)

- สำเนาเอกสาร หรือบัตรข้าราชการ เจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่ง หรือเอกสารอื่นใดที่แสดงตนของผู้รับรองคนที่ ๑ และผู้รับรองคนที่ ๒

การรับเงิน

โอนผ่านบัญชีธนาคารผู้ปกครอง ธนาคารกรุงไทย ธนาคารออมสิน และธนาคารธกส. เท่านั้น

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

☺ องค์การบริหารส่วนตำบลนาขุม

โทร.๐๕๕ - ๘๑๒๐๖๔

☺ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคง

ของมนุษย์จังหวัดอุดรดิตถ์

☺ กรมกิจการเด็กและเยาวชน

โทร.๐ ๒๖๕๑ ๖๕๓๔, ๐ ๒๖๕๑ ๖๙๐๒,

๐ ๒๖๕๑ ๖๙๒๐,

☺ ศูนย์ช่วยเหลือสังคม OSCC โทร.๑๓๐๐ ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด



แบบ คร.01

แบบคำร้องขอลงทะเบียน
เพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ปีงบประมาณ

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

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

ข้อมูลมารดา

 - 2.4 เด็กหญิง นาง นางสาว.....
 - 2.5 เลขประจำตัวประชาชน [] - [] [] [] [] - [] [] [] [] [] - [] [] - []
 - 2.6 อายุ.....ปี
 - 2.7 สัญชาติ.....
 - 2.8 อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ประกอบอาชีพ ระบุ.....
 - 2.9 การศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา กำลังศึกษา..... จบการศึกษา (สูงสุด).....

ข้อมูลบิดา

 - ไม่ปรากฏบิดา
 - 2.10 เด็กชาย นาย.....
 - 2.11 เลขประจำตัวประชาชน [] - [] [] [] [] - [] [] [] [] [] - [] [] - []
 - 2.12 อายุ.....ปี
 - 2.13 สัญชาติ.....
 - 2.14 อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ประกอบอาชีพ ระบุ.....
 - 2.15 การศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา กำลังศึกษา..... จบการศึกษา (สูงสุด).....

3. ช่องทางการรับเงินอุดหนุน (เลือกเพียง 1 ธนาคาร)

- ธนาคารกรุงไทย ประเภทบัญชี ออมทรัพย์
 - ธนาคาร ธก.ส. ประเภทบัญชี ออมทรัพย์
 - ธนาคารออมสิน ประเภทบัญชีเงินฝากเผื่อเรียก
- ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....

4. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- 4.1 แบบคำร้องขอลงทะเบียน (คร.01)
- 4.2 แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (คร.02)
- 4.3 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง
- 4.4 สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
- 4.5 สำเนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (เฉพาะหน้าที่ปรากฏชื่อหญิงตั้งครรภ์)
ในกรณีที่สมุดสูญหายให้ใช้สำเนาหน้า 1 ประวัติหญิงตั้งครรภ์พร้อมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูล และรับรองสำเนา
- 4.6 สำเนาหน้าแรกของสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
(ธนาคารกรุงไทย หรือธนาคารออมสิน หรือธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร)
- 4.7 หนังสือรับรองรายได้หรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่มีรายได้ประจำเป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท) จำนวน.....ใบ
- 4.8 สำเนาเอกสาร หรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรองคนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ได้ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ยินยอมให้นำข้อมูลในบัตร ประจำตัวประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อตรวจสอบสถานะบุคคลในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร ข้อมูลทางการเงินและทรัพย์สิน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินในส่วนที่รับไปโดยไม่มีสิทธิ หรือยินยอมให้หักจากสวัสดิการอื่น หรือหักจากบัญชีเงินฝากธนาคารของข้าพเจ้าได้ ในการนี้ข้าพเจ้ายินยืมข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็กผ่านช่องทางต่าง ๆ

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

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

คัดตามรอยปรุ

หมายเหตุ : สำหรับเก็บไว้เป็นหลักฐานเพื่อยืนยันการลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

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

- 1.1 ชื่อ-นามสกุล ผู้ลงทะเบียน.....
- 1.2 เลขประจำตัวประชาชน - - - -
- 1.3 ชื่อ - นามสกุล เด็กแรกเกิด เด็กชาย เด็กหญิง.....
- 1.4 เลขประจำตัวประชาชน - - - -

2. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- แบบคำร้องขอลงทะเบียน (คร.01)
- แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (คร.02)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง
- สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
- สำเนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (เฉพาะหน้าที่ปรากฏชื่อหญิงตั้งครรภ์)
ในกรณีที่สมุดสูญหายให้ใช้สำเนาหน้า 1 ประวัติหญิงตั้งครรภ์พร้อมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูล และรับรองสำเนา
- สำเนาหน้าแรกของสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
(ธนาคารกรุงไทย ธนาคารออมสิน ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร)
- หนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท หรือผู้มีรายได้ประจำ) จำนวน.....ใบ
- สำเนาเอกสาร หรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรองคนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2

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



แบบรับรองสถานะของครัวเรือน
ตารางแสดงจำนวนสมาชิกและรายได้ของครัวเรือน

ส่วนที่ 1 : ผู้ลงทะเบียน

ข้อมูลสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่จริงของผู้ลงทะเบียน

(กรณีต่างดาวที่มีบัตรประจำตัวซึ่งไม่มีสัญชาติไทย) สามารถกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มได้

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

จำนวนสมาชิกของครัวเรือนทั้งหมด.....คน (นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย)

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

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

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน

(.....)

วันที่ลงทะเบียน.....

- หมายเหตุ : 1) รายได้เฉลี่ยคำนวณจากรายได้รวมของครัวเรือนหารด้วยจำนวนสมาชิกทั้งหมดของที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้น โดยนับรวมรายได้ในรอบปีของสมาชิกทุกคนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้นติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 180 วันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยให้นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย ซึ่งสมาชิกของครัวเรือนมีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติโดยสายโลหิต หรืออยู่กินด้วยกันฉันสามีภรรยา หรือด้วยเหตุอื่นตามกฎหมาย แต่ไม่นับรวมผู้ซึ่งเป็นลูกจ้างหรือผู้ซึ่งได้อนุญาตให้อยู่อาศัยด้วย
- 2) กรณีสมาชิกในครัวเรือนเป็นเจ้าของที่ดินของรัฐ พนักงานบริษัท ผู้มีรายได้ประจำ ให้แนบหนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือนของผู้มีรายได้ประจำ ด้วยทุกคน
- 3) กรณีสมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐทุกคน ไม่ต้องมีผู้รับรองสถานะของครัวเรือน

ส่วนที่ 2 : ผู้รับรอง

ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 1 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)	
ข้าพเจ้า <input type="radio"/> นาย <input type="radio"/> นาง <input type="radio"/> นางสาว นามสกุล..... ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน	
โทรศัพท์.....	
<input type="radio"/> รับรอง ผู้ลงทะเบียนอาศัยอยู่ในพื้นที่ของข้าพเจ้า เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น	
<input type="radio"/> ไม่รับรอง เนื่องจาก.....	
(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 1 (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....	
หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 1 : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมืองพัทยา อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร คณะกรรมการชุมชนของกรุงเทพมหานคร ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนั้น กรณีกรุงเทพมหานคร หากไม่มีผู้รับรองคนที่ 1 ให้ข้าราชการที่ดำรงตำแหน่งในระดับปฏิบัติการขึ้นไปหรือเทียบเท่าที่ปฏิบัติหน้าที่ในกรุงเทพมหานครเป็นผู้รับรองได้	
ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 2 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)	
ข้าพเจ้า <input type="radio"/> นาย <input type="radio"/> นาง <input type="radio"/> นางสาว นามสกุล..... ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน	
โทรศัพท์.....	
<input type="radio"/> รับรอง ผู้ลงทะเบียนอาศัยอยู่ในพื้นที่ข้าพเจ้า เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่มีรายได้ไม่เกิน 100,000 บาท ต่อ ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น	
<input type="radio"/> ไม่รับรอง เนื่องจาก.....	
(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 2 (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....	
หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 2 : ประธานอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำตำบล ประธานชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการสถานบริการสาธารณสุขในระดับตำบล ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่นที่ดำรงตำแหน่งในระดับปฏิบัติการขึ้นไป หรือเทียบเท่า ที่ปฏิบัติหน้าที่ในท้องที่หรือท้องถิ่นแห่งนั้น (ต้องมีใจข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน)	
ส่วนที่ 3 : การปิดประกาศ (สำหรับหน่วยงานรับลงทะเบียน)	
เด็กหญิง/เด็กชาย/นาย/นางสาว..... เป็นผู้ปกครองที่มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ที่ได้ปิดประกาศ 15 วันแล้ว ตามประกาศ (ชื่อ อปท.)..... ลงวันที่..... ลำดับที่.....	
(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน (.....) วันที่.....	

งานให้บริการ	การยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพ ผู้สูงอายุตามประเพณี
หน่วยงานรับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลนาขุม

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลนาขุม โทร.๐๕๕ - ๘๑๒๐๖๔	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๒.๐๐ น. และเวลา ๑๓.๐๐ น. - ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ของผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปยื่นขอเงินค่าจัดการศพ

คุณสมบัติ

- มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
- มีสัญชาติไทย
- ผู้สูงอายุที่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เว้นแต่ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ แต่ยังไม่มียบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียน



เอกสารประกอบการยื่นคำขอเงินค่าจัดการศพ

- ใบมรณะบัตรของผู้สูงอายุฉบับจริง

2. บัตรสวัสดิการแห่งรัฐของผู้สูงอายุ



3. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายและเลขประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ



*** กรณีการจัดการศพตามประเพณี โดยมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์ ให้แนบหนังสือแสดงการจดทะเบียน หรืออนุญาตให้สร้าง จัดตั้ง หรือดำเนิน งานมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์ ด้วย

๔. แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี (ศผส.๐๑)

- กรณีผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐแต่ยังไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียน ให้ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรีหรือนายกองค้การบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน เป็นผู้รับรอง (ศผส.๐๒)

- กรณีผู้สูงอายุที่อยู่ในศูนย์ฯ หรือสถานฯ ให้ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ผู้ปกครองสถานสงเคราะห์ ผู้ปกครองสถานดูแล ผู้อำนวยการสถานคุ้มครอง หรือผู้ปกครองสถานใดๆ ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้รับรอง (ศผส.๐๒)

การพิจารณาอนุมัติจ่ายเงิน

จังหวัดอื่น : พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

กรุงเทพฯ : ผู้อำนวยการเขต

ขั้นตอนการดำเนินงานของพมจ./สำนักงานเขต

การยื่นคำขอ

ผู้ที่รับผิดชอบจัดการศพต้องยื่นคำขอ ภายในกำหนด 6 เดือน นับตั้งแต่วันที่ออกใบมรณะบัตร

การตรวจสอบข้อมูล

ผ่านการพิจารณา

การให้ความช่วยเหลือ

จำนวนเงิน 3000 บาท

ไม่ผ่านการพิจารณา

แจ้งผู้ยื่น

ช่องทางการรับความช่วยเหลือ ดังนี้

- การโอนเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online
- เช็ค เงินสด (โดยมีใบสำคัญรับเงิน ซึ่งต้องมีเจ้าหน้าที่

การบันทึกข้อมูลและรายงานผล

การบันทึกข้อมูลการช่วยเหลือลงในระบบศูนย์ข้อมูลกลาง ผู้สูงอายุด้านสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ฐานการสงเคราะห์ ผู้สูงอายุในภาวะยากลำบาก (<http://center.dop.go.th>)

หน่วยงานรับเรื่อง

จังหวัดอื่น : พมจ.หรือที่ว่าการอำเภอ หรือสำนักงานเทศบาล หรือที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบล หรือ ศาลาว่าการเมืองพัทยา

กรุงเทพฯ : สำนักงานเขต

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี



แบบ คผส. 01

แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ และรับรองผู้รับมิตชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

เขียนที่

วัน เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ 1 : สำหรับผู้ยื่นขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
ออกให้โดย วันออกบัตร..... วันหมดอายุ อาชีพ.....
อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....
โทรศัพท์มือถือ.....

มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ตายในฐานะเป็น และเป็นผู้รับมิตชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุ
โดยได้รับความยินยอมจากบิดา/มารดา/บุตร/พี่น้อง/เครือญาติ/ของผู้สูงอายุที่ตายให้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพของผู้สูงอายุที่ตาย

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี
เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ออกให้โดย..... วันออกบัตร..... วัน
หมดอายุ อาศัยอยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย..... ถนน ตำบล/
แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
โทรศัพท์มือถือ.....

ถึงแก่กรรมด้วยสาเหตุ เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ตามใบ
มรณบัตรเลขที่ ออกให้โดย..... เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ได้อื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าไม่เคยได้รับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพ
ผู้สูงอายุรายนี้มาก่อน หากข้อความและเอกสารที่อื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและข้อมูลในบัตรประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้แก่
หน่วยงานของรัฐและยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอดถามและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐ
ที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาจัดสรรสวัสดิการและหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามกฎหมายของรัฐ และหรือ
เพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้ถือว่าคู่ฉบับและบรรดาสำเนา ภาพถ่าย
ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสารที่ทำขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้าเช่นเดียวกัน

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ
(.....)
วันที่ / /

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้ให้การรับรองผู้รับมิตชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

เขียนที่

วัน เดือน พ.ศ.

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

(ลงชื่อ) ผู้รับรอง
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่ / /

(ข้อมูลชี้แจงด้านหลัง)

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบรับรองคุณสมบัติกรณีไม่มีบัตรสวัสดิการของรัฐ



แบบ ศพส.02

แบบรับรองการมีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ
แต่ยังไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียนบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

เขียนที่

วัน เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว) ตำแหน่ง

สังกัดหน่วยงาน อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ออกให้โดย

วันออกบัตร วันหมดอายุ อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน

ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

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

โทรศัพท์มือถือ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้สูงอายุที่ตายชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี
มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ แต่ยังไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียนบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและข้อมูลในบัตรประชาชนหรือภาพใบหน้าของ
ข้าพเจ้าไปใช้แก่หน่วยงานของรัฐและยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถามและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่
หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาจัดสรรสวัสดิการและหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามกฎหมายของ
รัฐ และหรือเพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้ถือว่าคู่มือฉบับและบรรดาสีนา
ภาพถ่าย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสารที่ทำขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอม
ของข้าพเจ้าเช่นเดียวกัน

(ลงชื่อ)ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่ / /

หมายเหตุ : ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค้การบริหารส่วนตำบล หรือ
นายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน เป็นผู้ให้การรับรองผู้สูงอายุที่ตาย โดยผู้ยื่นสำขอและผู้รับรอง ต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน

