



คู่มือปฏิบัติงาน

- ★ การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- ★ การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ
- ★ การขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์



กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลนายาง

อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

โทรศัพท์ / โทรสาร ๐-๓๒๔๗-๑๓๕๙

WWW : Nayang.go.th Facebook : เทศบาลตำบลนายาง

คำนำ

เทศบาลตำบลนาายาง มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคม ในเขตเทศบาลตำบลนาายาง และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนคนพิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ และรับคำร้องผู้ป่วยเอดส์เพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ รวมถึงการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพฯ ให้กับบุคคลดังกล่าว โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้อง มีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็ว และถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าว กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลนาายาง จึงได้จัดทำคู่มือการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ การยื่นคำร้องเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ขึ้น

เทศบาลตำบลนาายาง หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าว และประชาชนที่มาขอรับบริการต่อไป

กองสวัสดิการสังคม
เทศบาลตำบลนาายาง
มีนาคม ๒๕๖๖

สารบัญ

หน้า

คู่มือปฏิบัติงาน

- ขอบข่ายการให้บริการ ๑
- หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอ ๑
- ขั้นตอนและระยะเวลาให้บริการ ๒
- รายงานเอกสารหลักฐานประกอบ ๓
- ค่าธรรมเนียม ๓
- การรับเรื่องร้องเรียน ๓

ตัวอย่างการกรอกแบบฟอร์ม

- แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ๔
- แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ๖
- หนังสือมอบอำนาจ ๘
- แบบคำขอรับการสงเคราะห์ ๙
- การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ๑๐

ขอข่ายการให้บริการ

งานที่ให้บริการ

การลงทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ
และเบี้ยยังชีพผู้ป่วยโรคเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

กองสวัสดิการสังคม

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลนายาง
โทรศัพท์ ๐-๓๒๔๗-๑๓๕๙
โทรสาร ๐-๓๒๔๗-๑๓๕๙

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์
(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอ

ตามที่ กระทรวงมหาดไทยได้ประกาศใช้ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อใช้ในการดำเนินงานการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งตามความนัยข้อ ๗ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๖๐ “ข้อ ๗ ให้ผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป ในปีงบประมาณถัดไปลงทะเบียน และยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ตนมีภูมิลำเนา ณ สำนักงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด ตั้งแต่เดือนมกราคมจนถึงเดือนพฤศจิกายนของทุกปี และการประกาศใช้ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒)พ.ศ. ๒๕๕๙ เพื่อใช้ในการดำเนินงานการจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งตามความนัยข้อ ๗ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๙ ข้อ ๗ ให้คนพิการที่ได้จดทะเบียนคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดและมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป ดังนั้น อาศัยอำนาจตามข้อ ๕ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๖๐ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๙ และตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘ สำหรับผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้การดำเนินงานการขอรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ และเบี้ยยังชีพผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นไปด้วยความเรียบร้อยในแนวทางเดียวกัน จึงขอให้ผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนแสดง ความประสงค์ลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพตามระเบียบต่อไป

ขั้นตอนและระยะเวลาให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑. การลงทะเบียนเบี้ยยังชีพ - ผู้สูงอายุที่มีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปในปีงบประมาณถัดไป มาลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (ระยะเวลา ๑๐ นาที) - คนพิการมาลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป (ระยะเวลา ๑๐ นาที) - ผู้ป่วยเอดส์ที่มีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ (ระยะเวลา ๔ วันทำการ)	ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลนายาง
๒. เจ้าหน้าที่กองสวัสดิการสังคมตรวจสอบคุณสมบัติและนำเสนอผู้บริหารอนุมัติ (ระยะเวลา ๑ วัน)	ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลนายาง
๓. ประกาศบัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและเบี้ยความพิการ	ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลนายาง
๔. รายงานยอดจำนวนผู้สูงอายุและคนพิการที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพทั้งหมดให้จังหวัดทราบเพื่อจกได้รายงานต่อกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นผู้อนุมัติงบประมาณต่อไป	ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลนายาง

ระยะเวลา เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น ๑ ปีงบประมาณ
 เบี้ยยังชีพความพิการ ใช้ระยะเวลา ๑ เดือน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหลักฐานที่ต้องใช้

๑. การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

- | | |
|---|--------------|
| ๑.๑ บัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๑.๒ ทะเบียนบ้าน (ที่เป็นปัจจุบัน) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๑.๓ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๑.๔ หนังสือมอบอำนาจ ในกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแทน
พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ | จำนวน ๑ ชุด |

๒. การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

- | | |
|--|--------------|
| ๒.๑ บัตรประจำตัวคนพิการ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒.๒ ทะเบียนบ้าน (ที่เป็นปัจจุบัน) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒.๓ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒.๔ หนังสือมอบอำนาจ ในกรณีคนพิการมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแทน
พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ | จำนวน ๑ ชุด |

๓. การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยโรคเอดส์

- | | |
|--|--------------|
| ๓.๑ บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓.๒ ทะเบียนบ้าน (ที่อยู่ปัจจุบัน) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓.๓ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓.๔ ใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริง) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓.๕ หนังสือมอบอำนาจ ในกรณีผู้ป่วยโรคเอดส์มอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแทน
พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ | จำนวน ๑ ชุด |

ค่าธรรมเนียม

-ไม่มีค่าธรรมเนียม-

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่
กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลนาายาง โทรศัพท์ ๐-๓๒๔๗-๑๓๕๙

โทรสาร ๐-๓๒๔๗-๑๓๕๙

www.Nayang.go.th

Facebook : เทศบาลตำบลนาายาง



สัญลักษณ์ผู้สูงอายุ



สัญลักษณ์ผู้พิการ



สัญลักษณ์โรคเอดส์

โทรศัพท์.....

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกและทำเครื่องหมาย / ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาวนายชาติ.....รักถิ่น..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน 9 - 9999 - 99999 - 99 - 9 (/) เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน () เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) สุนันญา สว่างจิตร (นางสาวสุนันญา สว่างจิตร) เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน	ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ เรียน นายกเทศมนตรีตำบลนาอาจ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☒ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) นุชจริย์ หินแก้ว (นางนุชจริย์ หินแก้ว) กรรมการ (ลงชื่อ) นุชวดี ด่านขุนจัน (นางนุชวดี ด่านขุนจัน) กรรมการ (ลงชื่อ) สุนันญา สว่างจิตร (นางสาวสุนันญา สว่างจิตร)
คำสั่ง ☒ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่น ๆ (ลงชื่อ) อนุรักษ์ พรสมบุญศิริ (นายอนุรักษ์ พรสมบุญศิริ) นายกเทศมนตรีตำบลนาอาจ วันที่9 มกราคม พ.ศ. 2566.....	

ตัดตามรอยเส้นประให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

ยื่นแบบคำลงทะเบียนเมื่อวันที่9..... เดือนมกราคม..... พ.ศ.2566.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน โดยได้รับตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์..... พ.ศ.2567..... เป็นต้นไป กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนา ไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ภายในเดือนพฤศจิกายนของปีนั้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมจนสิ้น ปีงบประมาณที่ได้ลงทะเบียนไว้ และรับที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ในปีงบประมาณถัดไป

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

[illegible]

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่ เทศบาลตำบลนายาง

วันที่ 9 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566.

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

เกิดวันที่ 6 เดือน มกราคม พ.ศ. 2507 อายุ 59 ปี สัญชาติ ไทย

มีที่อยู่เป็นของตนเองที่บ้านเลขที่ 99 หมู่ที่/ชุมชน 9 ต.รอก/ซอย - ถนน - ตำบล/แขวง เขาค้อใหญ่

อำเภอ/เขต _____ พะอ่ำ _____ จังหวัด _____ เพชรบุรี _____ รหัสไปรษณีย์ _____ 76120 _____ โทรศัพท์ _____ 089-1234567 _____

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ 9 - 9999 - 99999 - 99- 9

ประเภทความพิการ

☐	ความพิการทางการมองเห็น	☐	ความพิการทางสติปัญญา
☐	ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย	☐	ความพิการทางการเรียนรู้
☒	ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย	☐	ความพิการทางออกัสติก
☐	ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม		

☒ วันออกบัตร วันที่ 18 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2565

สถานภาพ ☒ โสด ☐ สมรส ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ นางไทย รักฉิน โทรศัพท์ 089-1122334

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ☒ ยังไม่เคยรับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่

เมื่อ _____ ☐ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

☐ อื่น ๆ (ระบุ) _____ ☐ มีอาชีพ (ระบุ) _____ รายได้ต่อเดือน (ระบุ) _____ (บาท)

มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ _____ - _____

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

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☒ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคล
ที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคาร กรุงเทพฯ สาขา ชะอำ เลขที่บัญชี 717-1-12345-9

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☒ สำเนาทะเบียนบ้าน

☒ **สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)**

☒ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ
รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ชาติ รักถิ่น ผื่นคำขอ (ลงชื่อ) สนันญา สว่างจิตร เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

(นายชาติ รักถิ่น)

(นางสาวสนั่นญา สว่างจิตร)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกและทำเครื่องหมาย / ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาวนายชาติ.....รักถิ่น..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน 9 - 9999 - 99999 - 99 - 9 แล้ว (/) เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน () เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) สุนันญา สว่างจิตร (นางสาวสุนันญา สว่างจิตร) เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน	ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน นายกเทศมนตรีตำบลนายาง คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☒ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) นุชจรรย์ หินแก้ว (นางนุชจรรย์ หินแก้ว) กรรมการ (ลงชื่อ) นุชวดี ด่านขุนจัน (นางนุชวดี ด่านขุนจัน) กรรมการ (ลงชื่อ) สุนันญา สว่างจิตร (นางสาวสุนันญา สว่างจิตร)
คำสั่ง ☒ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่น ๆ (ลงชื่อ) อนุรักษ์ พรสมบูรณ์ศิริ (นายอนุรักษ์ พรสมบูรณ์ศิริ) นายกเทศมนตรีตำบลนายาง วันที่9 มกราคม พ.ศ. 2566.....	

ตัดตามรอยเส้นประให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่9..... เดือนมกราคม..... พ.ศ.2566.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 เป็นต้นไป ในอัตราเดือนละ 800 บาท ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายที่อยู่ไปอยู่ที่อื่นในระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.2566 จะต้องไปยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนนั้น ๆ เพื่อรักษาสถานะให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป

ตัวอย่างหนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่ เทศบาลตำบลนาบาง

วันที่ ๙ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า นายชาติ รักถิ่น ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน
เลขที่ ๙-๙๙๙๙-๙๙๙๙๙-๙๙-๙ ออกให้ ณ อำเภอชะอำ เมื่อวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๓
อยู่บ้านเลขที่ ๙๙ หมู่ที่ ๙ ตรอก/ซอย - ถนน - แขวง/ตำบล เขาใหญ่
เขต/อำเภอ ชะอำ จังหวัด เพชรบุรี รหัสไปรษณีย์ ๗๖๑๒๐

ขอมอบอำนาจให้ นางสาวไทย รักถิ่น ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน
เลขที่ ๙-๑๑๑๑-๑๑๑๑๑-๑๑-๑ ออกให้ ณ อำเภอชะอำ เมื่อวันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔

อยู่บ้านเลขที่ ๙๙ หมู่ที่ ๙ ตรอก/ซอย - แขวง/ตำบล เขาใหญ่
เขต/อำเภอ ชะอำ จังหวัด เพชรบุรี รหัสไปรษณีย์ ๗๖๑๒๐

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ แทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะที่ชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว”
จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่า
ข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ) ชาติ รักถิ่น ผู้มอบอำนาจ
(นายชาติ รักถิ่น)

(ลงชื่อ) ไทย รักถิ่น ผู้รับมอบอำนาจ
(นางสาวไทย รักถิ่น)

(ลงชื่อ) จันท์ รักถิ่น พยาน
(นางจันท์ รักถิ่น)

(ลงชื่อ) เสาร์ รักถิ่น พยาน
(นางเสาร์ รักถิ่น)

แบบคำขอรับการสังเคราะห์

ลำดับที่ ๑๒

วันที่ ๑๒ เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลนาหวาง

ด้วย ข้าพเจ้า นายสมบุรณ์.....แข็งแรง เลขประจำตัวประชาชน ๑-๑๑๑๑-๑๑๑๑๑-๑๑-๑
เกิดวันที่ ๑๑ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 251๑ อายุ ๕๕ ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่ ๑๑
ถนน ตรอก/ซอย หมู่ที่ ๑ ตำบล เขาใหญ่
อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์ ๑๑๑๑๑

ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับการสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

1. ที่พักอาศัย

() เป็นของตนเองและมีลักษณะ () ขาดทรุดโทรมมาก () ขาดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวร

(/) เป็นของนางสมใจแข็งแรง เกี่ยวข้องเป็น มารดา.....

2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดระยะทาง 100 เมตร สามารถเดินทางได้

(/) สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากชุมชน / หมู่บ้านเป็นระยะทาง 1 กิโลเมตร สามารถเดินทางได้

(/) สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากหน่วยงานบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดระยะทาง 3 กิโลเมตร สามารถเดินทางได้

(/) สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

3. การพักอาศัย

() อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก..... มาประมาณ.....

(/) พักอาศัยกับมารดา..... รวม 1 คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้ จำนวน 1 คน

มีรายได้รวม 3,000.- บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก สุขภาพไม่แข็งแรง

4. รายได้ - รายจ่าย

มีรายได้รวม 3,000.- บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้ รับจ้างทั่วไป.....

นำไปใช้จ่ายเป็นค่าอุปโภคบริโภคในชีวิตประจำวัน.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้นางสมใจแข็งแรง สถานที่ติดต่อเลขที่ ๑๑

ถนน ตรอก/ซอย หมู่ที่ ๑ ตำบล เขาใหญ่

อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์ ๑๑๑๑๑

โทรศัพท์ 0๑๑-5544333 โทรสาร เกี่ยวข้องเป็น มารดา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....สมบุรณ์แข็งแรง ผู้ให้ถ้อยคำ

(นายสมบุรณ์แข็งแรง)

การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘

การรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

กำหนดรับลงทะเบียน

เมื่อได้รับใบรับรองแพทย์ว่าติดเชื้อเอดส์ จากโรงพยาบาลของรัฐ แล้วมายื่นคำขอขึ้นทะเบียนที่ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลนายาง ในวันจันทร์-วันศุกร์ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. (ในวันและเวลาราชการ) คุณสมบัติผู้มีสิทธิยื่นคำขอขึ้นทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้ติดเชื้อเอดส์ ดังนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. เป็นผู้มิถูกลำเนาหรือมีชื่อในทะเบียนราษฎรในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลนายาง
๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้งหรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

หลักฐานในการลงทะเบียน ดังนี้

- | | |
|--|--------------|
| ๑. ใบรับรองแพทย์ระบุผู้ติดเชื้อเอดส์ จากโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น (ฉบับจริง) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. บัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. ทะเบียนบ้าน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. สมุดบัญชีธนาคาร ประเภทออมทรัพย์ | จำนวน ๑ ฉบับ |

ขั้นตอนการให้บริการ

๑. ผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ยื่นเอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียนผู้ป่วยเอดส์
๒. เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร ตรวจสอบคุณสมบัติ
๓. เสนอคณะผู้บริหาร

หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ / AIDS เท่านั้น

หากระบุว่าป่วยเป็น HIV หรือภูมิคุ้มกันบกพร่องจะไม่เข้าหลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์