

คู่มือสำหรับประชาชน



กองสวัสดิการสังคมเทศบาลเมืองหล่มสัก

สำนักงานเทศบาลเมืองหล่มสัก

คู่มือสำหรับประชาชน: การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองหล่มสัก อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

กระทรวง: กระทรวงมหาดไทย

1. ชื่อกระบวนงาน: การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนงาน: กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองหล่มสัก อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เปิดเดียวในหน่วยเดียว

4. หมวดหมู่ของงานบริการ: ขึ้นทะเบียน

5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

1) ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิน พ.ศ. 2552

6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป

7. ที่นี่ที่ให้บริการ: เทศบาลเมืองหล่มสัก

8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิน พ.ศ. 2552

ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 วัน

9. ข้อมูลสถิติ

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0

จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0

ชื่อผู้จัดการของคู่มือประชาชน ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิน พ.ศ. 2552

10. ช่องทางการให้บริการ

1) สถานที่ให้บริการ เทศบาลเมืองหล่มสัก หรือ สถานที่อื่นๆ ที่เทศบาลเมืองหล่มสักกำหนด
ระยะเวลาเปิดให้บริการ (วัน เวลา ราชการ) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)

จังหวัดราชบูรณะ / จังหวัดกาญจนบุรี อำเภอ 1 ถนน ๑๗๐๘๖๙๑ ถนน ๑๗๐๘๖๙๑ ถนน ๑๗๐๘๖๙๑

11. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

จะเป็นไปตามที่ระบุไว้ในกฎหมายว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2552 กำหนดให้ภายในเดือนพฤษจิกายนของทุกปี ให้ผู้ที่จะมีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปในปีงบประมาณถัดไป และมีคุณสมบัติครบถ้วนมาลงทะเบียน และยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา ณ สำนักงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

หลักเกณฑ์

1. มีสัญชาติไทย

2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามที่เปลี่ยนปี

3. มีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้ลงทะเบียน และยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4. ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับบำนาญ เป็นหัวดับบำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานลงเคราะห์ของรัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์อื่นๆ ซึ่งทั้งสองประการห้ามรับเงินเดือนและค่าตอบแทนในเวลาเดียวกัน ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอ็ดส์ตามที่เปลี่ยนปี

กระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการย์ชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548

ในการยื่นคำขอรับลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้

1. รับเงินสดด้วยตนเอง หรือรับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

2. โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ หรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

วิธีการ

1. ผู้ที่จะมีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ในปีงบประมาณถัดไป ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อ

ตนเอง หรือมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการได้

2. กรณีผู้สูงอายุที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณที่ผ่านมา ให้ถือว่า เป็นผู้เดลลงทะเบียน และยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามระเบียบนี้แล้ว

3. กรณีผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพพิเศษที่อยู่ และยังประสงค์จะรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ต้องไปแจ้งต่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตน ย้ายไป

12. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอน การบริการ	ระยะเวลา ให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ใน ปีงบประมาณถัดไป หรือผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐาน และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขอของลงทะเบียน และเอกสารหลักฐานประกอบ	10 นาที	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองหล่มสัก	
2)	การพิจารณา	ออกใบรับลงทะเบียนตาม แบบยื่นคำขอลงทะเบียนให้ ผู้ลงทะเบียนหรือผู้รับมอบอำนาจ	10 นาที	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองหล่มสัก	

ระยะเวลาดำเนินการรวม 20 นาที

13. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัว ประชาชนหรือบัตร อื่นที่ออกให้โดย หน่วยงานของรัฐที่มี ฐานะพิจารณาพิจารณา	-	1	1	ชุด	-
2)	ทะเบียนบ้านพร้อม สำเนา	-	1	1	ชุด	-
3)	สมุดบัญชีเงินฝาก ธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีที่ผู้ขอรับเงิน เบี้ยยังชีพ ผู้ประสบค ชดจับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุผ่าน ธนาคาร)	-	1	1	ชุด	-
4)	หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ ดำเนินการแทน)	-	1	0	ฉบับ	-
5)	บัตรประจำตัว ประชาชนหรือบัตร อื่นที่ออกให้โดย หน่วยงานของรัฐที่มี ฐานะพิจารณาพิจารณา ของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ ดำเนินการแทน)	-	1	1	ชุด	-
6)	สมุดบัญชีเงินฝาก ธนาคาร เอกอัมมานฯ ของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีผู้ขอรับเงินเบี้ย	-	1	1	ชุด	-

#	รายการเอกสาร ยื่นยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	ยังชีพประสบค์ขอรับ เงินเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุผ่าน ธนาคารของผู้รับ มอบอำนาจ)					

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

#	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
แบบเอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม						

15. คำขอรับเนื้อym

แบบรับเนื้อym

16. ช่องทางการร้องเรียน

- ช่องทางการร้องเรียน "เทศบาลเมืองหล่มสัก"

หมายเหตุ (เลขที่ 999 ถนนวี อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ 67110

โทรศัพท์ 0 56-701060 ต่อ 222 โทรสาร 0 56-702500 สายด่วน 086-9299993

17. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

18. หมายเหตุ

ทะเบียนเลขที่/๒๕๖๘

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐

หมายเหตุ ให้ขึ้นถ้าความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง □ หน้าข้อความที่ต้องการ

ดูแลด้วยตนเอง [] แจ้งด้วยตนเอง ผู้ยื่นคำขอ [] แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....

บ้านเลขที่ของทะเบียน ชื่อ-สกุล..... เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
□-□-□-□-□-□-□ ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ตัวยा�พเจ้า ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล

เดือน..... พ.ศ. อายุ..... ปี สัญชาติ..... มีชื่อยื่นสำเนา

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

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

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

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

สามารถสมรส □ โสด □ สมรส □ หม้าย □ หย่าร้าง □ แยกกันอยู่ □ อื่น ๆ

ได้รับการลงทะเบียนเบี้ยยังชีพป่ายอดส์ ได้รับการลงทะเบียนเบี้ยความพิการ

ร้อยภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ที่อยู่บ้านเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

พ้นสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีมอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงาน

รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ / ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

(ลงชื่อ).....

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
หมายเหตุคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ	เรียน นายกเทศมนตรีเมืองหล่มสัก
หมายเหตุตรวจสอบคุณสมบัติหมายเหตุตระประจាតัวประชาชน □□□□□□-□□□□□□-□□-□ ของ นาย/นางสาว.....แล้ว	คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติด้วยตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้
<input type="checkbox"/> เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ	<input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน

(ลงชื่อ)
(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

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

<input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ
(ลงชื่อ) (.....)
วัน/เดือน/ปี.....

หมายเหตุ เน้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยืนคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

ขึ้นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยจะเริ่มรับเงิน
ตั้งแต่เดือน มกราคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ จำนวนสิบบาทถ้วน ต่อเดือน ยกเว้นเดือนกรกฎาคม ต้องห้าม กรณีที่สูงอายุเสื่อมรุ钝 หรือเป็นโรคแทรกซ้อน

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ จะต้องไปยื่นคำขอ ก่อนสิ้นปีงบประมาณหรือภายในเดือนพฤษจิกายน ๒๕๖๐ เพื่อรักษา
สิทธิ์ของผู้สูงอายุในการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

รัฐวิสาหกิริย์รับประทาน: การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองหล่มสัก อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

หมายเหตุ: กระทรวงมหาดไทย

1. ข้อกระบวนการ: การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองหล่มสัก อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

4. หมวดหมู่ของงานบริการ: ขึ้นทะเบียน

5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

- 1) ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คุณพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2553 กำหนดให้ภายในเดือนพฤษภาคมของทุกปีให้คุณพิการ ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไป ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาหรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป

7. ที่นี่ที่ให้บริการ: เทศบาลเมืองหล่มสัก หรือ สถานที่อื่นๆ ที่เทศบาลเมืองหล่มสักกำหนด

8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คุณพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2553

ระยะเวลาเปิดให้บริการ (วัน เวลา ราชกิจ) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)

หมายเหตุ (ระยะเวลาเปิดให้บริการ 1 – 30 พฤษภาคมของทุกปี)

ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที

9. ข้อมูลสถิติ

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0

จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0

10. รีวิวอ้างอิงของคุณมือประชาชน

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คุณพิการขององค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่น พ.ศ. 2553

๑๑. ช่องทางการให้บริการ

- สถานที่ให้บริการ สำนักงานเทศบาลเมืองหล่มสัก หรือ สถานที่อื่นๆ ที่เทศบาลเมืองหล่มสักกำหนด
ระยะเวลาเปิดให้บริการ (วัน เวลา ราชการ) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
หมายเหตุ (ระยะเวลาเปิดให้บริการ 1 – 30 พฤศจิกายน ของทุกปี)

๑๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

จะเป็นกรากรหงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553 กำหนดให้ภายในเดือนพฤษจิกายนของทุกปีให้คนพิการ ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไป ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา หรือสถานที่ท่องเที่ยวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

หลักเกณฑ์

ผู้มีลิขิจได้รับเงินเบี้ยความพิการ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

- มีสัญชาติไทย
- มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามที่เปลี่ยนบ้าน
- มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการคุณภาพชีวิตคุณพิการ
- ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

หากยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการโดยรับเงินสดด้วยตนเอง หรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี

ในการนี้ คนพิการเป็นผู้เยาวชนเมื่อผู้แทนโดยชอบ คนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว

วิธีการ

- คนพิการที่จะมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไป ให้คนพิการ หรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อเทศบาลเมืองหล่มสัก กองสวัสดิการสังคม หรือ สถานที่อื่นๆ ที่เทศบาลเมืองหล่มสักกำหนด

3. แปลงภาษาเป็นและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้แล้ว

3. กรณีคนพิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการได้ย้ายที่อยู่ และยังประสงค์ประสงค์จะรับเงินเบี้ยความพิการต้องไป
แจ้งศูนย์องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป

๑๔. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ลำดับ	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอน การบริการ	ระยะเวลา ให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1	การตรวจสืบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไป หรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐาน และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียน และเอกสารหลักฐานประกอบ	10 นาที	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองหล่มสัก	
2	การพิจารณา	ออกใบรับลงทะเบียน ตามแบบยื่นคำขอลงทะเบียนให้ผู้ขอลงทะเบียน	10 นาที	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองหล่มสัก	

ระยะเวลาดำเนินการรวม 20 นาที

๑๕. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

๑๖. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑๖.๑) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ลำดับ	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1	บัตรประจำตัวคน พิการตามกฎหมายว่า ด้วย การสงเสริมการ	-	1	1	ชุด	-

	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	คุณภาพชีวิตคนพิการ พร้อมสำเนา					
2)	ทะเบียนบ้านพร้อม สำเนา	-	1	1	ชุด	-
3)	สมุดบัญชีเงินฝาก ธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ย ความพิการประสังค์ ขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ความพิการ ผ่านธนาคาร)	-	1	1	ชุด	-
4)	บัตรประจำตัว ประชาชนหรือบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงาน ของรัฐที่มีไว้ป้าย พร้อมสำเนาของผู้ดูแล คนพิการ ผู้แทนโดย ชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้ อนุบาล และตัวกรณี (กรณียื่นคำขอแทน)	-	1	1	ชุด	-
5)	สมุดบัญชีเงินฝาก ธนาคารพร้อมสำเนา ของผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้ พิทักษ์ ผู้อนุบาล และตัวกรณี (กรณีที่ คนพิการเป็นผู้เยาวชน	-	1	1	ชุด	-

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
	สมุดบัญชีรายรับรายจ่าย ความสามารถ หรือคนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล เลี้วแต่กรณีการยื่นคำขอแทนต้องแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว)					

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยืนเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
<u>ไม่มีเอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม</u>						

16. ค่าธรรมเนียม

ไม่มีข้อบัญญัติค่าธรรมเนียม

ข่องทางการร้องเรียน

- ช่องทางการร้องเรียน "เทศบาลเมืองหล่มสัก"
หมายเหตุ (เลขที่ 999 ถนนวิชัย อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ 67110
โทรศัพท์ 0 56-701060 ต่อ 222 โทรสาร 0 56-702500 สายด่วน 086-9299993

17. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ (แบบมาพร้อมนี้)

18. หมายเหตุ

แบบคำขอขั้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

หมายเหตุ ให้คิดฟ้าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ใส่ช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ
 ยื่นคำขอ [] แจ้งด้วยตนเอง [] ผู้ยื่นคำขอ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวกับเรื่อง.....
 ที่ขอขึ้นทะเบียน ชื่อ - ศุลค.....
 ประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ ---

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

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

..... เกื่อน..... พ.ศ. อายุ..... ปี สัญชาติ.....

..... สำเนาทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่ที่/ชุมชน..... ต.รอก / ซอย..... ถนน.....

..... ถนน / 巷..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

..... โทรศัพท์..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของ

..... ผู้ยื่นคำขอ --- ได้รับการลงทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ไม่เคยมีอาชญากรรมทางเพศ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

 ยื่นเอกสารด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

..... ดังนี้

 สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร) กรณีขอรับอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจาก
 รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ / ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เมื่อ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□□-□□□□□-□□□-□ ของ นาย/นางสาว.....แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ <small>(ลงชื่อ)</small> <small>(.....)</small> เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีเมืองหล่มสัก คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มี ความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับขั้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขั้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) <input type="checkbox"/> สมควรรับขั้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขั้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) <input type="checkbox"/> สมควรรับขั้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขั้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)</p>
<p>ตัวอย่าง</p> <p><input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ</p> <p>(ลงชื่อ) (.....)</p> <p>วัน/เดือน/ปี.....</p>	

พิเศษ
กรณีรายเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยืนคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

แบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพ
ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๗ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๐ กรณีคนพิการร้อยที่ห้ออยู่ปีก่อนในระหว่าง
ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ จะต้องไปยืนคำขอลงทะเบียนก่อนถึงปีงบประมาณหรือภายใต้เดือนพฤษภาคม ๒๕๖๐
เพื่อรักษาสิทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

คู่มือสำหรับประชาชน: การขอรับการลงทะเบียนเบ็ดเสร็จ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองหล่มสัก อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

กระทรวง: กระทรวงมหาดไทย

1. ชื่อกระบวนงาน: การขอรับการลงทะเบียนเบ็ดเสร็จ

หน่วยงานเจ้าของกระบวนงาน: กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองหล่มสัก อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

2. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

3. หมวดหมู่ของงานบริการ: รับแจ้ง

4. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

1) ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.

2548

5. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป

6. พื้นที่ให้บริการ: สำนักงานเทศบาลเมืองหล่มสัก หรือ สถานที่ตามที่เทศบาลเมืองหล่มสักกำหนด

7. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -

ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ วันที่ 1- 30 พฤศจิกายน 2558

8. ข้อมูลสถิติ

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0

จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0

9. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน สำเนาคู่มือประชาชน (ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548)

10. ช่องทางการให้บริการ

1) สถานที่ให้บริการ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองหล่มสัก

ระยะเวลาเปิดให้บริการ (วัน เวลา ราชภาร) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)

11. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.

๑๕๙ กำหนดให้ผู้ป่วยเบ็ดเสร็จที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการลงทะเบียนเบ็ดเสร็จ ขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีผู้อำนวยการ กรณีไม่สามารถเดินทางมาที่บุคคลใดๆ ราชการท้องถิ่นได้

จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

หลักเกณฑ์

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ดังต่อไปนี้ ผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะดังห้าม ดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ป่วยเดสที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ของคุกกรปกครองส่วนท้องถิ่น
3. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงดูในสิ่งที่ได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเดสที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาเข้าข้อในหัวข้อผู้ที่อยู่อาศัย อยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณา ก่อน

วิธีการ

1. ผู้ป่วยเดส ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อเทศบาลเมืองหล่มสัก ณ กองสวัสดิการสังคม

ด้วยตนเองหรือ มอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

2. ผู้ป่วยเดสรับการตรวจสอบความเป็นอยู่ คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ โดยพิจารณาจากความเดือดร้อน เป็นผู้ที่มีปัญหาเข้าข้อในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการ ของรัฐ

3. กรณีผู้ป่วยเดสที่ได้รับเบี้ยยังชีพป้ายที่อยู่ ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบ ต้องไปยื่นความประสงค์ ต่อคุกกรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนอยู่ไปเพื่อพิจารณาใหม่

ในการนี้ผู้ป่วยเดสไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนก็ได้

๑๒. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ลำดับ	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอน การบริการ	ระยะเวลา ให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์หรือผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอพร้อม เอกสารหลักฐาน และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้อง ของลงทะเบียน และเอกสารหลักฐานประกอบ	10 นาที	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองหล่มสัก	

ลำดับ	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดข้องขั้นตอน การบริการ	ระยะเวลา ให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	หมายเหตุ
2)	การพิจารณา	ออกใบเบ็ดหมายตรวจ สภาพความเป็นอยู่ และ คุณสมบัติ	10 นาที	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองหล่มสัก	
3)	การพิจารณา	ตรวจสอบความเป็นอยู่ และคุณสมบัติของผู้ที่ ประสงค์รับการสงเคราะห์	2 วัน	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองหล่มสัก	
4)	การพิจารณา	จัดทำทะเบียนประวัติพัว哄 เอกสารหลักฐานประกอบ ความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหาร พิจารณา	2 วัน	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองหล่มสัก	
5)	การพิจารณา	พิจารณาอนุมัติ	7 วัน	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองหล่มสัก	

ระยะเวลาดำเนินการรวม 11 วัน

๑๓. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
และไม่ดำเนินการดำเนินการลดขั้นตอน

๑๔. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑๔.๑) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ลำดับ	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัว ประชาชนหรือบัตรอื่น ที่ออกให้โดย หน่วยงานของรัฐที่มี รูปถ่ายพร้อมสำเนา	-	1	1	ชุด	-

ที่	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
2)	ทะเบียนบ้านพร้อม สำเนา	-	1	1	ชุด	-
3)	สมุดบัญชีเงินฝาก ธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ย ยังชีพผู้ประสงค์ขอรับ เงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วย เอดส์ผ่านธนาคาร)	-	1	1	ชุด	-
4)	หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ ดำเนินการแทน)	-	1	0	ฉบับ	-
5)	บัตรประจำตัว ประชาชนหรือบัตรอื่น ที่ออกให้โดย หน่วยงานของรัฐ ที่มี รูปถ่ายพร้อมสำเนา ของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ ดำเนินการแทน)	-	1	1	ชุด	-
6)	สมุดบัญชีเงินฝาก ธนาคารพร้อมสำเนา ของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ย ยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ย ยังชีพฯผ่านบัญชี ธนาคารของผู้รับมอบ อำนาจ)	-	1	1	ชุด	-

14.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
แบบเอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม					

15. กองธรรมเนียม

เงื่อนไขค่าธรรมเนียม

16. ช่องทางการร้องเรียน

1) ช่องทางการร้องเรียน "เทศบาลเมืองหล่มสัก"

หมายเหตุ (เลขที่ 999 ถนนวิชัย อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ 67110 โทรศัพท์ 0 56-701060 ต่อ 222

โทรสาร 0 56-702500 สายด่วน 086-9299993

17. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

ตัวอย่าง แบบฟอร์ม (ตามที่แนบมาพร้อมนี้)

18. หมายเหตุ

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

ผู้ยื่นคำขอ [] แจ้งด้วยตนเอง
 [] ผู้ยื่นคำขอ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น..... กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียน
 ชื่อ - สกุล..... เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่.....
 โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ..... นามสกุล.....
 เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. อายุ..... ปี สัญชาติ.....
 มีชื่อยื่นสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
 ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

หมายเลขอับตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ

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

เกี่ยวข้องโดยเป็น บิดา-มารดา บุตร สามี-ภรรยา พี่น้อง อื่นๆ

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)
 รับเงินสดด้วยตนเองรับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิพร้อมแบบเอกสาร ดังนี้
 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย สำเนาทะเบียนบ้าน ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

หมายเหตุ ให้ขึดมาข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

เรียน คณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน แล้ว

- เป็นผู้มีสิทธิครบถ้วน
 เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลศรีดอนมูล

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

- สมควรรับขึ้นทะเบียน
 ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

(.....)

(.....)

(.....)

กรรมการ

กรรมการ

กรรมการ

คำสั่ง

- รับขึ้นทะเบียน
 ไม่รับขึ้นทะเบียน
อื่นๆ.....

(.....)

นายกเทศมนตรีเมืองหล่มสัก

..... / /

<p>หมายเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>ได้ตรวจสอบคุณสมบัติหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ ของ นาย/นางสาว.....แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้</p> <p>(ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายกเทศมนตรีเมืองหล่มสัก</p> <p>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p>
<p>คำขอ</p> <p><input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ</p> <p>(ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>วัน/เดือน/ปี.....</p>	

พื้นที่สามารถรอยเล่นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยืนคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

แบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพ
ตั้งแต่วันที่..... ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๘ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๐ กรณีคนพิการขั้นสูงที่อยู่ไปอยู่ที่อื่นในระหว่าง
ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ จะต้องไปยืนคำขอลงทะเบียนก่อนลื้นปีงบประมาณหรือภายในเดือนพฤษจิกายน ๒๕๖๐
ที่รักษาสิทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้อสำคัญของรับประทาน: การขอรับการลงทะเบียนเบ็ดเสร็จ

ผู้ที่มีสิทธิ์: กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองหล่มสัก อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

หมายเหตุ: กระทรวงมหาดไทย

๑. ข้อกระบวนการ: การขอรับการลงทะเบียนเบ็ดเสร็จ

ผู้ที่มีสิทธิ์: กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองหล่มสัก อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

๒. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เปิดให้บริการในหน่วยเดียว

๓. หมวดหมู่ของงานบริการ: รับแจ้ง

๔. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

๑) ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.

2548

๕. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป

๖. ที่นี่ที่ให้บริการ: สำนักงานเทศบาลเมืองหล่มสัก หรือ สถานที่ตามที่เทศบาลเมืองหล่มสักกำหนด

๗. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -

ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ วันที่ 1- 30 พฤษภาคม 2558

๘. ข้อมูลสถิติ

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๐

จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๐

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๐

๙. ข้ออ้างอิงของคู่มือประชาชน สำเนาคู่มือประชาชน (ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548)

๑๐. ขั้นตอนการให้บริการ

๑) สถานที่ให้บริการ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองหล่มสัก

ระยะเวลาเปิดให้บริการ (วัน เวลา ราชการ) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)

๑๑. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.

๑๒. กำหนดให้ผู้ป่วยเบ็ดเสร็จที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการลงทะเบียนเบ็ดเสร็จ ให้ดำเนินการทันที กรณีไม่สามารถเดินทางมาที่นี่ดำเนินการได้

จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะดำเนินการได้

หลักเกณฑ์

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
2. มีภูมิคุ้มกันต้านเชื้อไวรัส HIV หรือภูมิคุ้มกันต้านเชื้อไวรัส HCV และไม่ติดเชื้อไวรัส HBV
3. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงดูตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาเข้าข่ายนี้ หรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทຽวนัดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณา ก่อน

วิธีการ

1. ผู้ป่วยเอดส์ ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อเทศบาลเมืองหล่มสัก ณ กองสวัสดิการสังคม ศิริยาณรงค์ หรือ มอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้
2. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ โดยพิจารณาจากความเดือดร้อน เป็นผู้ที่มีปัญหาเข้าข่ายนี้ หรือเป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทຽวนัดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ

3. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพข่ายที่อยู่ ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบ ต้องไปยื่นความประสงค์ ศิริยาณรงค์ หรือ มอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนก็ได้

๑๒. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ลำดับ	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอน การบริการ	ระยะเวลา ให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์หรือผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐาน และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียน และเอกสารหลักฐานประกอบ	10 นาที	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองหล่มสัก	

ลำดับ	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดขั้นตอน การบริการ	ระยะเวลา ให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	หมายเหตุ
2)	การพิจารณา	ออกใบเดินหมายตรวจ สภาพความเป็นอยู่ และ คุณสมบัติ	10 นาที	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองหล่มสัก	
3)	การพิจารณา	ตรวจสอบความเป็นอยู่ และคุณสมบัติของผู้ที่ ประสงค์รับการสงเคราะห์	2 วัน	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองหล่มสัก	
4)	การพิจารณา	จัดทำทะเบียนประวัติพัว翁 เอกสารหลักฐานประกอบ ความเห็นเพื่อเสนอผู้บิหาร พิจารณา	2 วัน	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองหล่มสัก	
5)	การพิจารณา	พิจารณาอนุมัติ	7 วัน	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองหล่มสัก	

ระยะเวลาดำเนินการchrom 11 วัน

13. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
จะไม่ดำเนินการดำเนินการลดขั้นตอน

14. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

14.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ลำดับ	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัว ประชาชนหรือบัตรอื่น ที่ออกให้โดย หน่วยงานของรัฐที่มี รูปถ่ายพร้อมสำเนา	-	1	1	ชุด	-

	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
2	ทะเบียนบ้านพร้อม สำเนา	-	1	1	ชุด	-
3	สมุดบัญชีเงินฝาก ธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ย ยังชีพผู้ประสังค์ขอรับ เงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วย เอดด์ผ่านธนาคาร)	-	1	1	ชุด	-
4	หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ ดำเนินการแทน)	-	1	0	ฉบับ	-
5	บัตรประจำตัว ประชาชนหรือบัตรอื่น ที่ออกให้โดย หน่วยงานของรัฐที่มี อำนาจพิจารณา ของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ ดำเนินการแทน)	-	1	1	ชุด	-
6	สมุดบัญชีเงินฝาก ธนาคารพร้อมสำเนา ของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ย ยังชีพผู้ป่วยเอดด์ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ย ยังชีพผ่านบัญชี ธนาคารของผู้รับมอบ อำนาจ)	-	1	1	ชุด	-

14.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
ไม่พบเอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม						

15.ค่าธรรมเนียม

ไม่มีข้อมูลค่าธรรมเนียม

16.ช่องทางการร้องเรียน

- 1) ช่องทางการร้องเรียน "เทศบาลเมืองหล่มสัก "

หมายเหตุ (เลขที่ 999 ถนนน้ำจืด อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ 67110 โทรศัพท์ 0 56-701060 ต่อ 222
โทรศัพท์ 0 56-702500 สายด่วน 086-9299993

17. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

ตัวอย่าง แบบฟอร์ม (ตามที่แนบมาพร้อมนี้)

18. หมายเหตุ

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

ผู้ยื่นคำขอ [] แจ้งด้วยตนเอง
 [] ผู้ยื่นคำขอ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น..... กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียน
 ชื่อ - สกุล..... เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่.....
 โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

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

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

มีชื่อยื่นสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....

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

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

หมายเลขอับดับประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ

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

เกี่ยวข้องโดยเป็น ปิตามารดา บุตร สามี-ภรรยา พี่น้อง อื่นๆ

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเองรับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิพร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย สำเนาทะเบียนบ้าน ใบรับรองแพทย์ซึ่งออก

ให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวทั้งหมดเป็นความจริงทุกประการ

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

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน แล้ว

เป็นผู้มีสิทธิครบถ้วน

เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลศรีดอนมูล

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

สมควรรับขึ้นทะเบียน

ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

(.....)

กรรมการ

(.....)

กรรมการ

(.....)

กรรมการ

คำสั่ง

รับขึ้นทะเบียน

ไม่รับขึ้นทะเบียน

อื่นๆ.....

(.....)

นายกเทศมนตรีเมืองหล่มสัก

..... / /

ตรวจสอบความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการส่งเคราะห์ตรวจสอบความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการส่งเคราะห์

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน		รายละเอียดของขั้นตอน การบริการ	ระยะเวลา ให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่ รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร		ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการส่งเคราะห์หรือผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐาน และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขอของทางเบียน และเอกสารหลักฐานประกอบ	10 นาที	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองหล่มสัก
2)	การพิจารณา		ออกใบเน้นหมายตรวจสภาพความเป็นอยู่ และคุณสมบัติ	10 นาที	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองหล่มสัก
3)	การพิจารณา		ตรวจสอบความเป็นอยู่ และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการส่งเคราะห์	2 วัน	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองหล่มสัก
4)	การพิจารณา		จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบ ความเห็นเพื่อเสนอผู้บุพิหาร พิจารณา	2 วัน	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองหล่มสัก
5)	การพิจารณา		พิจารณาอนุมัติ	7 วัน	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองหล่มสัก

ระยะเวลาดำเนินการรวม 11 วัน

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัว ประชาชนหรือบัตรอื่น ที่ออกให้โดย หน่วยงานของรัฐที่มี รูปถ่ายพร้อมสำเนา	-	1	1	ชุด	-
2)	ทะเบียนบ้านพร้อม สำเนา	-	1	1	ชุด	-
3)	สมุดบัญชีเงินฝาก ธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ย ยังชีพผู้ประสงค์ขอรับ เงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วย เอดส์ประสงค์ขอรับ เงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วย เอดส์ผ่านธนาคาร)	-	1	1	ชุด	-
4)	หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ ดำเนินการแทน)	-	1	0	ฉบับ	-
5)	บัตรประจำตัว ประชาชนหรือบัตรอื่น ที่ออกให้โดย หน่วยงานของรัฐที่มี รูปถ่ายพร้อมสำเนา ของผู้รับมอบอำนาจ	-	1	1	ชุด	-

ที่	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	(กรณีมีบุคคลนำเจ้าให้ ดำเนินการแทน)					
6)	สมุดบัญชีเงินฝาก ธนาคารพร้อมสำเนา ของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ย ยังซึ่พผู้ประสงค์ขอรับ เงินเบี้ยยังซึ่พผู้ป่วย เอกสารประสงค์ขอรับ เงินเบี้ยยังซึ่พผู้ป่วย เอกสารผ่านธนาคารของ ผู้รับมอบอำนาจ)	-	1	1	ชุด	-

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
ไม่มีเอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม						

16. ค่าธรรมเนียม

ไม่มีข้อมูลค่าธรรมเนียม

17. ช่องทางการร้องเรียน

1) ช่องทางการร้องเรียน "เทศบาลเมืองหล่มสัก"

หมายเหตุ (เลขที่ 999 ถนนวิชัยกาหลั่นสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ 67110 โทรศัพท์ 0 56-701060 ต่อ 222

โทรสาร 0 56-702500 สายด่วน 086-9299993

17. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

แบบฟอร์มที่ 1 แบบฟอร์มขอรับเอกสารยืนยันตัวตน

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เมื่อวันที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกเทศมนตรีเมืองหล่มสัก

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มีสิทธิ

ได้รับการสงเคราะห์เงิน สงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่.....นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ดังนี้

() เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

