



คู่มือ ขั้นตอน การปฏิบัติงาน
การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ
งานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาพันสาม
องค์การบริหารส่วนตำบลนาพันสาม อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

รวบรวมโดย
ส่วนสวัสดิการและสังคม
องค์การบริหารส่วนตำบลนาพันสาม



คำชี้แจง

ผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพอยู่แล้วในพื้นที่อื่น ภายหลังได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่ในพื้นที่ตำบลนาพันสามให้มาแจ้งขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพต่อที่ องค์การบริหารส่วนตำบลนาพันสาม แต่มีสิทธิในการรับเงินยังคงอยู่ที่เดิมจนสิ้นปีงบประมาณ เช่น นาง ก. รับเงินเบี้ยยังชีพอยู่ อบต.บ้านหม้อ ภายหลังได้แจ้งที่อยู่มาอยู่พื้นที่ตำบลนาพันสาม ในวันที่ 20 สิงหาคม 2556 นาง ก. ต้องมาขึ้นทะเบียนใหม่ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลนาพันสาม ภายในวันที่ 30 พฤศจิกายน 2556 แต่ นาง ก. จะยังคงรับเงินเบี้ยยังชีพที่ อบต.บ้านหม้อ อยู่ จนถึงเดือน กันยายน 2557 และมีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ที่ อบต. นาพันสาม ในเดือน ตุลาคม 2557 เป็นต้นไป

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุตรวจสอบดูคุณสมบัติของตัวเอง ตาม รายละเอียด ดังนี้

วัน/เดือน/ปี ที่ออกข่าว 1-30 กันยายน 2557

หัวข้อข่าว/บทความ เรื่อง : หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เนื้อหาข่าว : การลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ในปีงบประมาณ 2557

⇒ กรณีเป็นผู้สูงอายุรายใหม่ที่ยังไม่เคยลงทะเบียน

1. เป็นผู้ที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2497 - 30 กันยายน 2498
2. ยื่นคำขอลงทะเบียนได้ระหว่างวันที่ 1-30 พฤศจิกายน 2557 องค์การบริหารส่วนตำบลนาพันสาม
3. ผู้สูงอายุจะได้รับเบี้ยยังชีพ ในเดือนตุลาคม 2557 เป็นต้นไป
4. เงินที่ได้รับเป็นอัตราขั้นบันได

⇒ กรณีเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพแล้วและได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่

1. ผู้สูงอายุจะได้รับเบี้ยยังชีพต่อเนื่องจากท้องถิ่นเดิมหลังจากที่ท่านย้ายทะเบียนบ้าน เป็นเวลา 1 ปีงบประมาณ
2. ผู้สูงอายุจะต้องมาลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่องค์การบริหารส่วนตำบลนาพันสาม (งานสวัสดิการและสังคม) ภายในวันที่ 1-30 พฤศจิกายน 2557
3. ผู้สูงอายุจะได้รับเบี้ยยังชีพจากองค์การบริหารส่วนตำบลนาพันสามในปีงบประมาณถัดไป

⇒ เอกสารที่ต้องนำมาในวันที่ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ

1. บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนา
2. ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา
3. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา กรณีรับเงินผ่านธนาคาร
4. หนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำร้องขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทน)

=/การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในอัตราแบบบันได

1. อายุ 60-69 ปี ให้ได้รับคนละ 600 บาท ต่อเดือน
2. อายุ 70-79 ปี ให้ได้รับคนละ 700 บาท ต่อเดือน
3. อายุ 80-89 ปี ให้ได้รับคนละ 800 บาท ต่อเดือน
4. อายุ 90 ปี ขึ้นไป ให้ได้รับคนละ 1,000 บาท ต่อเดือน

=/วิธีการนับช่วงอายุของผู้สูงอายุ

การนับอายุของผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ตามหลักเกณฑ์ราชการ ไม่ได้นับตามปี พ.ศ.เกิด จะนับเป็นปีงบประมาณ คือ ระหว่างวันที่ 1 ต.ค.-30 ก.ย. ของปีถัดไป เช่น นาง ก. เกิดวันที่ 1 ตุลาคม 2484 ในปีงบประมาณ 2555 ให้ตัดการนับอายุ ณ วันที่ 30 ก.ย. 2554 คำนวณตามหลักเกณฑ์ราชการ จะถือว่าอายุ 69 ปี เป็นต้น

(เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขที่บัญชี) สำหรับ กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร

หมายเหตุ : ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนก็ได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับ อบต. นาพันสาม พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

=/คู่มือการขึ้นทะเบียนรับเงิน ผู้สูงอายุ

กรณีได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้ว
และได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่ตำบลนาพันสาม
ต้องมาขึ้นทะเบียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลนาพันสาม อีกครั้ง ภายใน

1 – 30 พฤศจิกายน ของทุกปี

เพื่อใช้สิทธิรับเบี้ยยังชีพต่อเนื่อง

คู่มือการขึ้นทะเบียนรับเงิน ผู้สูงอายุ

ประกาศรายชื่อ

ผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ให้ผู้ที่ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพ มาตรวจสอบรายชื่อตามประกาศที่บอร์ด ประชาสัมพันธ์
ณ ที่องค์การบริหารส่วนตำบลนาพันสาม ภายใน 15 ธันวาคม ของทุกปี (นับจากวัน
สิ้นสุดกำหนดการยื่นขอขึ้นทะเบียน วันที่ 30 พฤศจิกายนของทุกปี)



ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ

- ❶ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนา
- ❷ ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนาสมุด
- ❸ บัญชีเงินฝากพร้อมสำเนาสมุด (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขที่บัญชี สำหรับ กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

หมายเหตุ ในกรณีผู้สูงอายุไม่สามารถลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนก็ได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจ ติดต่อกับ องค์การบริหารส่วนตำบลนาพันสาม ส่วนสวัสดิการและสังคม พร้อมนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

การจัดทำบัตรประจำตัวคนพิการ

- ❶ ผู้ขอรับบริการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวผู้พิการ
- ❷ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารและจัดส่งให้กับสำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบุรี เพื่อพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง
- ❸ แจ้งผู้ยื่นคำขอติดต่อขอรับบัตรประจำตัวผู้พิการ

เอกสารประกอบการพิจารณา

- ❶ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้พิการ
- ❷ สำเนาบัตรทะเบียนบ้านของผู้พิการ
- ❸ ใบรับรองความพิการจากโรงพยาบาล
- ❹ รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป
- ❺ เอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้องตามที่เจ้าหน้าที่ร้องขอ

การสิ้นสุดการรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

- ❶ ตาย
- ❷ ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตองค์การบริหารส่วนตำบลนาพันสาม
- ❸ แจ้งสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
- ❹ มีตำแหน่งทางการเมือง (มีเงินเดือน)

หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

- ❶ ตรวจสอบรายชื่อของตนเอง
- ❷ เมื่อย้ายภูมิลำเนาจาก องค์การบริหารส่วนตำบลนาพันสาม ไปอยู่ภูมิลำเนาอื่นต้องแจ้งข้อมูลให้ องค์การบริหารส่วนตำบลนาพันสาม ได้รับทราบ
- ❸ ให้ผู้ที่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแสดงการมีชีวิตต่อ องค์การบริหารส่วนตำบลนาพันสาม ได้รับทราบ ระหว่าง 1-5 ตุลาคม ของทุกปี
- ❹ กรณีตาย ให้ญาติของผู้รับเงินเบี้ยยังชีพแจ้งการตายให้องค์การบริหารส่วนตำบลนาพันสาม ได้รับทราบ (พร้อมสำเนามรณะบัตร)



กระบวนการให้บริการ

การขึ้นทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/ผู้พิการ (ภายในเดือนพฤศจิกายนของทุกปี)

- ❶ ผู้ขอรับบริการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพ
- ❷ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารและเสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
- ❸ ประกาศรายชื่อของผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพภายในเดือน ธันวาคม
- ❹ ผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพตามประกาศรายชื่อ จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพตั้งแต่เดือน ตุลาคมของปีถัดไป

เอกสารประกอบการพิจารณา

- ❶ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุ/ผู้พิการ
- ❷ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สูงอายุ/ผู้พิการ
- ❸ สำเนาบัตรประจำตัวผู้พิการ(กรณีขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยผู้พิการ)
- ❹ เอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้องตามที่เจ้าหน้าที่ร้องขอ

การขอรับเงินสงเคราะห์จัดการศพของผู้สูงอายุ

- ❶ ผู้จัดการศพของผู้สูงอายุยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์จัดการศพภายใน 30 วัน นับแต่วันออกใบมรณะบัตร
- ❷ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารและจัดส่งให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบุรี เพื่อพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง
- ❸ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบุรี แจ้งผลการพิจารณาให้ผู้จัดการศพทราบเพื่อติดต่อขอรับเงินสงเคราะห์

เอกสารประกอบการพิจารณา

- ❶ สำเนาใบมรณะบัตรของผู้สูงอายุ
- ❷ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้จัดการศพ
- ❸ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้จัดการศพ
- ❹ สำเนาของผู้รับรอง/(เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน/สมาชิกสภา อบต.)
- ❺ เอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้องตามที่เจ้าหน้าที่ร้องขอ

คู่มือการขึ้นทะเบียนรับเงิน ผู้สูงอายุ

การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

องค์การบริหารส่วนตำบลนาพันสาม จะดำเนินการเบิก - จ่ายเงินให้ผู้สูงอายุที่มาขึ้นทะเบียน
ไว้แล้ว โดยเริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม



กำหนดวันที่จ่ายเงินเบี้ยยังชีพ ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน

ช่องทางการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

องค์การบริหารส่วนตำบลนาพันสาม ได้โอนเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เข้าบัญชีธนาคารเพื่อการเกษตร
และสหกรณ์การเกษตร สาขา มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ในนามผู้สูงอายุหรือผู้รับ

ภาคผนวก



จากใจ นายกฤษสิทธิ์ รวมสิน

ผมมีความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะหางบประมาณภายนอกมาเสริมงบประมาณที่ อบต.ของเรามีอยู่ซึ่งก็น้อยมาก ผมจะมีความสุขมากถ้าได้เห็นพ่อแม่พี่น้องชาวบ้านสามารถมีสุขภาพพลานามัยดี อยู่กันอย่างมีความสุข บังเอิญเราโชคดีที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้สนับสนุนงบประมาณและเราตั้งงบประมาณสมทบ รวมกันได้งบประมาณก้อนหนึ่ง พอที่จะทำโครงการส่งเสริมสุขภาพให้พ่อแม่พี่น้องชาวบ้านได้ ประกอบกับได้รับความร่วมมือจากคณะกรรมการกองทุนเป็นอย่างดี ได้คิดและอนุมัติโครงการต่างๆขึ้นหลายโครงการ นับว่าจะเกิดประโยชน์แก่ชาวบ้านอย่างแน่นอน

โครงการจะดำเนินไปได้อย่างไรต้องอาศัยความร่วมมือจากชาวบ้านทุกคน ช่วยกันคิด เข้าร่วมกิจกรรม สอดส่องควบคุมดูแลการดำเนินงานของกองทุน ติดตามความเคลื่อนไหวของกองทุน ให้สอดคล้องเสนอแนะ ทั้งสิ่งได้ ผมยินดียอมรับเสมอ ถ้าพ่อแม่พี่น้องชาวบ้านมีส่วนของผมมีสุขภาพพลานามัยดี ผมจะมีความสุขใจและดีใจยิ่ง

ขอขอบพระคุณที่สนใจติดตามงานของกองทุนต่อไป

(นายกฤษสิทธิ์ รวมสิน)

ประธานคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาพันสาม
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาพันสาม



มีสิทธิเข้าถึง
บริการสุขภาพ
อย่างทั่วถึง

กองทุนสุขภาพตำบลนาพันสาม

ดำเนินการโดย

องค์การบริหารส่วนตำบลนาพันสาม
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาพันสาม
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคอนมะขามช้าง

†
เตี้ยวกู้เรือ

โครงการ กิจกรรมที่จะดำเนินการ ในปี 2557

การเก็บ การใช้จ่ายเงินของกองทุน

ฯเสนอแสดงแผนงานที่กรรมการได้วางแผนไว้คราวประชุมปี 2558

ไม่มาเป็นปัญหา อ่านดูเองก็แล้วกันครับ

1.โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	งบประมาณ	36,600 บาท
2.โครงการเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขผู้พิการ	งบประมาณ	7,425 บาท
3.โครงการตรวจรณรงค์คัดกรองโรคความดันโลหิตสูง/เบาหวาน	งบประมาณ	31,862 บาท
4.โครงการอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโรคความดันโลหิตสูง/โรคเบาหวาน	งบประมาณ	7,800 บาท
5.โครงการรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออก	งบประมาณ	59,680 บาท
6.โครงการผู้สูงอายุใส่ใจสุขภาพ	งบประมาณ	53,400 บาท
7.โครงการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง	งบประมาณ	10,000 บาท
8.โครงการนวัตกรรมตำบลนาพันสาม	งบประมาณ	12,600 บาท
9.โครงการบริหารจัดการกองทุน	งบประมาณ	35,000 บาท

รวมงบประมาณทั้งสิ้น 254,367 บาท

นี่แหละคือโครงการที่ได้รับอนุมัติและจะดำเนินการต่อไป สนใจ
อยากเข้าร่วมโครงการ ขอทราบรายละเอียดเพิ่มเติม ติดต่อเลยเถิดที่
องค์การบริหารส่วนตำบลนาพันสาม โทร 032-598-177



สาระดี ๆ จากกองทุนฯ..... กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาพันสามได้รับรางวัลกองทุนต้นแบบ
จังหวัดเพชรบุรี ประจำปี 2557

..... ผมนายประสิทธิ์ รามสิน ในฐานะประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล
นาพันสามต้องขอขอบคุณคณะกรรมการและคณะทำงานรวมถึงพี่น้องชาวตำบลนาพันสามทุกท่าน
ที่ได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีจนทำให้กองทุนประสบความสำเร็จ จนได้รับรางวัลกองทุนต้นแบบ

ขอบคุณทุกท่านที่ติดตามผลงาน

ทะเบียนเลขที่/๒๕๕๗

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียน : ผู้ยื่นคำขอ แหน่ ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา - มารดา ☐ บุตร ☐ สามเ - ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□ ที่อยู่

ហៃរុក្ខីមរ៍

ទី២. ទិដ្ឋភាពទូទៅ

วันที่ เดือน พ.ศ.

คำนำหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (ระบุ) _____

ชื่อ นางสาวกุล

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

เลขที่ หมู่ที่ ต.รอก/ชัย ถ.น. หมู่บ้าน/ชุมชน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น

☐ ความพึงพอใจทางสถิติเบื้องต้น

☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้

☐ ความพึงพอใจต่อการเลือกโรงเรียนหรือหน่วยงาน ☐ ความพึงพอใจทางอาชีพ/ธุรกิจ

☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานที่พบผลผลิต ☐ ใต้ ☐ สรรพ ☐ หน้าง ☐ พืชข้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ โทรศัพท์

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่

440

☐ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผั่งตาย ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผ่วยเอดส์ ☐ อื่นๆ (ระบุ) _____

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

☐ มีความประสงค์รับการฝึกอบรม

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิผู้ดูแล

เลขที่บัญชี: ๐๐๐๐-๐๐๐๐๐-๐

พระอรรคมาบเณรสาร ตั้งปี

☐ ส่วนทางใต้ของประจำตัวคนพิการ ☐ ลำเนาะทะเลเบียนบ้าน

☐ สำหรับระบบบัญชีเงินฝากธนาคาร (ใบกรณีมีข้อสงสัยเรื่องความปลอดภัยการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

☐ บุคลากรอาสาสมัครของมูลนิธิฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการปฏิบัติงาน และได้รับเบี้ยยังชีพ (ใบรณียะนันทนาการ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) _____ เป็นคำขอ (ลงชื่อ) _____ เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

หมายเหตุ : โปรดนำเอกสารนี้ไปต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □□□□□-□□□□□-□□□□ □□□□ แล้ว ☐ เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ☐ เป็นผู้ที่ไม่มีความประพฤติเรียบร้อย เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายก เทศมนตรี/อบต. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)
คำสั่ง ☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่นๆ (ลงชื่อ) นายก เทศมนตรี/นายก อบต. วัน/เดือน/ปี	

คัดความรายนามให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๕ โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๕ ถึง เดือนกันยายน ๒๕๕๕ ในอัตราเดือนละ ๕๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือนกรณีคนพิการยื่นคำขอมิสามารถไปอยู่ที่ยื่น (ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๕๔ ถึง วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๔) จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๔ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีหน้าให้ต่อเนื่อง

(สิ่งที่ส่งมาด้วย ๕)

(ตัวอย่าง)

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

มอบอำนาจให้..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่..... ออกให้ ณ..... เมื่อวันที่..... อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน..... ในปัจจุบันประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๔ แทนข้าพเจ้า
และมีระยะเวลาการมอบอำนาจไม่เกินปัจจุบันประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๔

ข้าพเจ้าขอรับรองขอไม่การที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา - มารดา ☒ บุตร ☐ สามเณร - ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ) หมายเลข จังหวัด

เลขประจำตัวประชาชน ๒-๗๖๐๐๑-๐๐๗๖๐-๑๖-๑ ที่อยู่ ๗๕ ม. ๘ ต. นาพันสาม อ. กิ่งแก้ว

จ. เพชรบุรี ๗๖๐๐๐ โทรศัพท์

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

คำนำหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☒ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (ระบุ)

ชื่อ นามสกุล จังหวัด

เกิดวันที่ ๑๐ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๓๗ อายุ ๒๔ ปี สัญชาติ ไทย มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน

เลขที่ ๖๑ หมู่ที่ ๘ ตรอก/ซอย ถนน หมู่บ้าน/ชุมชน ดอนนาพันสาม

ตำบล นาพันสาม อำเภอ เพ็ญ จังหวัด เพชรบุรี

รหัสไปรษณีย์ ๗๖๐๐๐ โทรศัพท์

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ ๒-๗๖๐๐๑-๐๐๒๑๓-๑๑-๐

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้

☒ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางจิตใจ

☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ หมายเลข โทรศัพท์

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ☒ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่
เมื่อ

☒ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ อื่นๆ (ระบุ)

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

☐ มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☒ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคาร สาขา เลขที่บัญชี ๐๐๐-๐-๐๐๐๐๐-๐

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☒ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☒ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

☒ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

(นางสาวจิณพร สมิทธิ)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ เฟื่อน กสมภพ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ๖-๖๖๐๑-๐๐๑๖๐-๑๖-๑ แล้ว ☒ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)  (นางสาวจิตาพร กัมพล) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายก เทศมนตรี/อบต. <u>หาหินหล</u> คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)
คำสั่ง ☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่นๆ (ลงชื่อ) นายก เทศมนตรี/นายก อบต. วัน/เดือน/ปี	

ตัดตามรอยประให้ตนพิจารณาที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเกินไว้

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยจะได้รับเงิน
 เบี้ยความพิการตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๘ ถึง เดือนกันยายน ๒๕๕๙ ในอัตราเดือนละ ๕๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน
 กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น (ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๕๘ ถึง วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๘) จะต้องไปลงทะเบียน
 ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๘ ทั้งนี้เพื่อเป็นการ
 รักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

(สิ่งที่ส่งมาด้วย ๕)

(ตัวอย่าง)

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า นาย พงษ์ วัฒนชัย ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร พนักงาน
เลขที่ ๑๑๑๐๑๑๑๑๑๑๑ ออกให้ ณ หน เมื่อวันที่ ๑๑ พ.ศ. ๖๖ อยู่บ้านเลขที่ ๑๑
หมู่ที่ ๑ ต. ตรอก/ซอย ถนน แขวง/ตำบล หน้าเมือง
เขต/อำเภอ เมือง จังหวัด นนทบุรี

ขอมอบอำนาจให้ นาย พงษ์ วัฒนชัย ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร พนักงาน
เลขที่ ๑๑๑๐๑๑๑๑๑๑๑ ออกให้ ณ หน เมื่อวันที่ ๑๑ พ.ศ. ๖๖ อยู่บ้านเลขที่ ๑๑
หมู่ที่ ๑ ต. ตรอก/ซอย ถนน แขวง/ตำบล หน้าเมือง
เขต/อำเภอ เมือง จังหวัด นนทบุรี

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน หนึ่งหมื่นบาท ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๕ แทนข้าพเจ้า
และมีระยะเวลาการมอบอำนาจไม่เกินปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๕

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ พงษ์ วัฒนชัย ผู้มอบอำนาจ

(พงษ์ วัฒนชัย)

ลงชื่อ พงษ์ วัฒนชัย ผู้รับมอบอำนาจ

(พงษ์ วัฒนชัย)

ลงชื่อ พยาน

(นางสาววิจิตรา พงษ์)

ลงชื่อ พยาน

(นางสาววิจิตรา พงษ์)

(สิ่งที่ส่งมาด้วย ๔)

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๕๗

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๔

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกียรติต้องเป็น.....กันผู้สูงอายุที่ขอลงทะเบียน
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.....มีชื่ออยู่ในสำเนา

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

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ □□□□□□□□□□□□□□□□

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ.....

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ ☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ในใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๔ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง

☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ
บำเหน็จรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
และขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ ท้ายข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว ☐ เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ☐ เป็นผู้ที่ไม่มีความประพฤติเรียบร้อย เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายก เทศมนตรี/อบต. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)
คำสั่ง ☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่น ๆ (ลงชื่อ) นายก เทศมนตรี/นายก อบต. วัน/เดือน/ปี	

คัดตามรอยแผ่นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยจะได้รับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๘ ถึง เดือนกันยายน ๒๕๕๙ ในอัตราไม่เกิน ๓๐ บาทต่อเดือน การนี้ผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น (ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๕๘ ถึง วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๘) จะต้องไปลงทะเบียน ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๘ ทั้งนี้เพื่อเป็นการ รักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ลงทะเบียน
 ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ)เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
 □-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่.....
 โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ มณีน นามสกุล พัวหลวง
 เกิดวันที่ 1 เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๓๙ อายุ ๒๙ ปี สัญชาติ ไทย มีชื่ออยู่ในสำเนา
 ทะเบียนบ้านเลขที่ ๒๑ หมู่ที่/ชุมชน ๑ ตรอก/ซอยถนน.....
 ตำบล นาพันสาม อำเภอ เสียว จังหวัด พิจิตร รหัสไปรษณีย์ ๖๕๑๐๐
 โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ 3-7601-00485-๒1-9สถานภาพสมรส ☒ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☒ ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ ☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☒ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☒ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ
 บำเหน็จรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

(ลงชื่อ) ข บ พน บวพหลวง(ลงชื่อ)

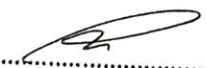
(นางสาว มณีน พัวหลวง)

(นางสาวจริตพร นมิล)

ผู้ยื่นคำขอผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ มพิน มั่นคง หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ๒-๔๖๐๑-๐๐๔๕๕-๕๑-๔ แล้ว ☒ เป็นผู้มีความสมัครใจครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)  (นางสาววิจิตาพร มพิน) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายก เทศมนตรี/อบต. มพิน คง คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) () กรรมการ (ลงชื่อ) () กรรมการ (ลงชื่อ) ()
คำสั่ง ☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่นๆ (ลงชื่อ) นายก เทศมนตรี/นายก อบต. วัน/เดือน/ปี	

ตัดตามรอยเส้นประ ให้ส่งอวทที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

ลงชื่อ.....พยาน

()