



คู่มือการปฏิบัติงาน

- ☛ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- ☛ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ
- ☛ การยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

งานสังคมสงเคราะห์ ฝ่ายส่งเสริมและสวัสดิการสังคม

สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลเมืองเก่า

โทรศัพท์ 043-258103-4 ต่อ 115 โทรสาร. 043-258106



คำนำ

ด้วยฝ่ายส่งเสริมและสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลเมืองเก่า มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับประชาชนในเขตเทศบาลตำบลเมืองเก่า และส่งเสริมคุณภาพชีวิต รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนคนพิการ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ และรับคำร้องผู้ป่วยเอดส์ เพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้กับบุคคลดังกล่าวโดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพ.ศ.2548 ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2552 แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 2 พ.ศ.2560 และฉบับที่ 3 พ.ศ.2561 และฉบับที่ 4 พ.ศ.2562 ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2553 แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 และฉบับที่ 3 พ.ศ.2561 และฉบับที่ 4 พ.ศ.2562 ดังนั้นเพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการ ได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นปัจจุบันซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวกรวดเร็วและถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าว จึงได้ปรับปรุงคู่มือการปฏิบัติงาน ในการยื่นคำขอลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ยื่นคำขอลงทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการและการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ขึ้น

ฝ่ายส่งเสริมและสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลเมืองเก่า หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือฉบับนี้ จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจถึงสิทธิพึงได้รับรวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าว และเกิดประโยชน์ต่อประชาชนที่มาขอรับบริการต่อไป

ฝ่ายส่งเสริมและสวัสดิการสังคม
สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลเมืองเก่า

สารบัญ

หน้า

ผู้สูงอายุ

ช่วงเวลาการรับลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	4
คุณสมบัติของผู้มีสิทธิลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	5
ขั้นตอนการลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	6
การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	7
การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	7
การคิดวันรับเงินเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ งบ 63	8
การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ	9
วิธีคำนวณอายุของผู้สูงอายุ	10
คำชี้แจงผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนา	13
การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยผู้สูงอายุ	14

คนพิการ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิลงทะเบียนคนพิการ	15
ขั้นตอนการลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ	16
การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ	17
คำชี้แจงผู้พิการย้ายภูมิลำเนา	18
ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ	19
การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ	20
การสิ้นสุดการรับเงิน เบี้ยความพิการ	21

ผู้ป่วยเอดส์

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิลงทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	22
ขั้นตอนการลงทะเบียนรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	23
ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องลงทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	24
การสิ้นสุดการรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	26
กำหนดวันจ่ายเงินเบี้ยผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ และเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	27

ภาคผนวก

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการลงทะเบียนผู้สูงอายุ	28
แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการเบิก-จ่ายเบี้ยผู้สูงอายุ	29
แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการลงทะเบียนคนพิการ	30
แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการเบิก-จ่ายเบี้ยความพิการ	31
แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการลงทะเบียนผู้ป่วยเอดส์	32

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการเบิก-จ่ายเบี้ยผู้ป่วยเอดส์	33
แบบคำขอลงทะเบียนผู้สูงอายุ	34
แบบคำขอลงทะเบียนคนพิการ	36
แบบคำขอลงทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	38
แบบหนังสือมอบอำนาจ	41

๒
ผู้สูงอายุ

ช่วงเวลาการรับลงทะเบียน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

- ▶ การรับลงทะเบียนระหว่างเดือนตุลาคม – พฤศจิกายน 2561
 - ▶ การรับลงทะเบียนระหว่างเดือนมกราคม – กันยายน 2562
- เพื่อจ่ายเงินในปีงบประมาณ 2563

กลุ่มที่ 1

ผู้สูงอายุที่มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ ที่ยังไม่เคยลงทะเบียนมาก่อน
จะมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ งบประมาณ 63
(ตั้งแต่ ต.ค. 62 เป็นต้นไป)

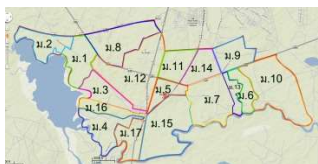
กลุ่มที่ 2

ผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ในปีงบประมาณถัดไป
(ผู้ที่เกิดระหว่าง 2 ต.ค.2502 ถึง 1 ก.ย.2503)
จะมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในเดือนถัดไปจากเดือนที่มีอายุครบ
60 ปีบริบูรณ์ ในปีงบประมาณ 63 (ตั้งแต่ ต.ค.62 เป็นต้นไป)



คุณสมบัติของผู้มีสิทธิลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ตรวจสอบดูคุณสมบัติของตัวเองตามรายการดังนี้



- (1) มีสัญชาติไทย
- (2) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลเมืองเก่า (ตามทะเบียนบ้าน)
- (3) - เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ที่ยังไม่เคยลงทะเบียนมาก่อน
(เป็นผู้ที่เกิดก่อน 2 ต.ค.2502 หรือ เป็นผู้สูงอายุที่ย้ายมาจาก
อปท. อื่น)
- เป็นผู้ที่จะมีอายุ 60 ปี ในปีงบประมาณถัดไป(ปีงบประมาณ 63)
(ปัจจุบันอายุ 59 ปีหรือเป็นผู้ที่เกิดระหว่าง 2 ต.ค. 2502 ถึง
1 ก.ย. 2503)
- (4) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์ใดจากหน่วยงาน
ของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้แก่
(ก) ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษหรือเงินอื่นใดใน
ลักษณะเดียวกัน
(ข) ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น
(ค) ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำหรือผลประโยชน์
ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็น
ประจำ
บุคคลตาม (ก)(ข)หรือ(ค)ไม่รวมถึง ผู้พิการหรือผู้ป่วยเอดส์
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์

- **หมายเหตุ :** กรณีได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้วและได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่
ตำบลเมืองเก่า จะต้องมาลงทะเบียนที่เทศบาลตำบลเมืองเก่า
นับแต่วันที่ย้าย (มกราคม- กันยายน ของทุกปี)

เพื่อใช้สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพต่อเนื่อง...ค่ะ

ขั้นตอนการลงทะเบียนเพื่อขอรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม

“แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ”

- ▶▶ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ
ที่มีรูปถ่าย
- ▶▶ ทะเบียนบ้าน
- ▶▶ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร สำหรับกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผ่านธนาคาร

● **หมายเหตุ :** ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง
จะต้องมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนได้
โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับเทศบาลตำบลเมืองเก่า พร้อมสำเนาบัตร
ประจำตัวประชาชนของ ผู้มอบและผู้รับมอบอำนาจ

******* ขอรับแบบคำขอลงทะเบียนผู้สูงอายุ และยื่นเอกสารประกอบ
ได้ที่ ฝ่ายส่งเสริมและสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลเมืองเก่า*******

ประกาศรายชื่อ ผู้มีสิทธิรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ให้ผู้ที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
ตรวจสอบ รายชื่อตามประกาศ ที่บอร์ดประชาสัมพันธ์
ณ สำนักงานเทศบาลตำบลเมืองเก่า (ภายใน วันที่ 5 – 20 ของทุก
เดือน (นับถัดจากเดือนที่ท่านยื่นคำขอลงทะเบียนในแต่ละเดือน)

การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เทศบาลจะดำเนินการเบิก – จ่ายเงินให้กับผู้สูงอายุที่มา
ลงทะเบียนไว้แล้ว โดยจะเริ่มจ่ายตั้งแต่เดือนถัดไปนับจากเดือน
ที่ท่านมีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ ในปีงบประมาณ 63
(ตั้งแต่ ต.ค.62 เป็นต้นไป)โดยจะจ่าย เป็นเงินสด หรือโอนเข้า
บัญชีธนาคารตามที่ผู้สูงอายุได้แจ้งความประสงค์ไว้

การคิดวันรับเงินเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ บ 63

การคิดวันรับเงินเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุในปีงบประมาณ 2563

วัน เดือน ปีเกิด	เดือนที่จะเริ่มรับเงิน	หมายเหตุ
ผู้สูงอายุ ที่เกิดก่อน 2 ตุลาคม 2502	ตุลาคม 2562	ผส.60+ผส.ย้าย+เก็บตก
2 - 31 ตุลาคม 2502 -1 พฤศจิกายน 2502	พฤศจิกายน 2562	
2 - 30 พฤศจิกายน 2502 -1 ธันวาคม 2502	ธันวาคม 2562	
2 - 31 ธันวาคม 2502- 1 มกราคม 2503	มกราคม 2563	
2 - 31 มกราคม 2503 1 กุมภาพันธ์ 2503	กุมภาพันธ์ 2563	
2 - 28 กุมภาพันธ์ 2503 1 มีนาคม 2503	มีนาคม 2563	
2 - 31 มีนาคม 2503 1 เมษายน 2503	เมษายน 2563	
2 - 30 เมษายน 2503 1 พฤษภาคม 2503	พฤษภาคม 2563	
2 -31 พฤษภาคม 2503 1 มิถุนายน 2503	มิถุนายน 2563	
2 - 30 มิถุนายน 2503 1 กรกฎาคม 2503	กรกฎาคม 2563	
2 - 31 กรกฎาคม 2503 1 สิงหาคม 2503	สิงหาคม 2563	
2 - 31 สิงหาคม 2503 1 กันยายน 2503	กันยายน 2563	
2 กันยายน - 1 ตุลาคม 2503	ต้องมาลงทะเบียนใน เดือนตุลาคม 2563 เพื่อรับเงิน บ 64 (ตุลาคม 2563)	

การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได สำหรับผู้สูงอายุ

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับในปัจจุบัน การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุคิดใน อัตราเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได แบบ“ขั้นบันได”หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วง ๆ หรือเป็นขั้น ขึ้นไปเรื่อย ๆ โดยเริ่มตั้งแต่อายุ 60 ปี

ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือน สำหรับผู้สูงอายุ (แบบขั้นบันได)

ขั้น	ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนเงิน (บาท)
ขั้นที่ 1	60 – 69 ปี	600
ขั้นที่ 2	70 – 79 ปี	700
ขั้นที่ 3	80 – 89 ปี	800
ขั้นที่ 4	90 ปี ขึ้นไป	1,000

โดยคำนวณตามปีงบประมาณ มิใช่ปีปฏิทิน และไม่มีการ
เพิ่มของอายุระหว่างปีปฏิทิน

วิธีคำนวณอายุของผู้สูงอายุ



แล้วปีนี้
เบี้ยเท่าไร น้อ ?

อายุ	วัน เดือน ปี เกิด					อายุ (ปี)
ช่วงอายุ 60-69 ปี	2 ตุลาคม	2492	ถึง	1 ตุลาคม	2493	69
	2 ตุลาคม	2493	ถึง	1 ตุลาคม	2494	68
	2 ตุลาคม	2494	ถึง	1 ตุลาคม	2495	67
	2 ตุลาคม	2495	ถึง	1 ตุลาคม	2496	66
	2 ตุลาคม	2496	ถึง	1 ตุลาคม	2497	65
	2 ตุลาคม	2497	ถึง	1 ตุลาคม	2498	64
	2 ตุลาคม	2498	ถึง	1 ตุลาคม	2499	63
	2 ตุลาคม	2499	ถึง	1 ตุลาคม	2500	62
	2 ตุลาคม	2500	ถึง	1 ตุลาคม	2501	61
	2 ตุลาคม	2501	ถึง	1 ตุลาคม	2502	60

ผู้สูงอายุ มีอายุ ครบ 60 - 69 ปี รับ 600 บาท

อายุ	วัน เดือน ปี เกิด					อายุ (ปี)
ช่วงอายุ 70-79 ปี	2 ตุลาคม	2482	ถึง	1 ตุลาคม	2483	79
	2 ตุลาคม	2483	ถึง	1 ตุลาคม	2484	78
	2 ตุลาคม	2484	ถึง	1 ตุลาคม	2485	77
	2 ตุลาคม	2485	ถึง	1 ตุลาคม	2486	76
	2 ตุลาคม	2486	ถึง	1 ตุลาคม	2487	75
	2 ตุลาคม	2487	ถึง	1 ตุลาคม	2488	74
	2 ตุลาคม	2488	ถึง	1 ตุลาคม	2489	73
	2 ตุลาคม	2489	ถึง	1 ตุลาคม	2490	72
	2 ตุลาคม	2490	ถึง	1 ตุลาคม	2491	71
	2 ตุลาคม	2491	ถึง	1 ตุลาคม	2492	70

ผู้สูงอายุ มีอายุ ครบ 70 - 79 ปี รับ 700 บาท

อายุ	วัน เดือน ปี เกิด					อายุ (ปี)
ช่วงอายุ 80-89 ปี	2 ตุลาคม	2472	ถึง	1 ตุลาคม	2473	89
	2 ตุลาคม	2473	ถึง	1 ตุลาคม	2474	88
	2 ตุลาคม	2474	ถึง	1 ตุลาคม	2475	87
	2 ตุลาคม	2475	ถึง	1 ตุลาคม	2476	86
	2 ตุลาคม	2476	ถึง	1 ตุลาคม	2477	85
	2 ตุลาคม	2477	ถึง	1 ตุลาคม	2478	84
	2 ตุลาคม	2478	ถึง	1 ตุลาคม	2479	83
	2 ตุลาคม	2479	ถึง	1 ตุลาคม	2480	82
	2 ตุลาคม	2480	ถึง	1 ตุลาคม	2481	81
	2 ตุลาคม	2481	ถึง	1 ตุลาคม	2482	80

ผู้สูงอายุ มีอายุ ครบ 80 - 89 ปี รับ 800 บาท

อายุ	วัน เดือน ปี เกิด					อายุ (ปี)
90 ปีขึ้นไป	2 ตุลาคม	2457	ถึง	1 ตุลาคม	2458	104
	2 ตุลาคม	2458	ถึง	1 ตุลาคม	2459	103
	2 ตุลาคม	2459	ถึง	1 ตุลาคม	2460	102
	2 ตุลาคม	2460	ถึง	1 ตุลาคม	2461	101
	2 ตุลาคม	2461	ถึง	1 ตุลาคม	2462	100
	2 ตุลาคม	2462	ถึง	1 ตุลาคม	2463	99
	2 ตุลาคม	2463	ถึง	1 ตุลาคม	2464	98
	2 ตุลาคม	2464	ถึง	1 ตุลาคม	2465	97
	2 ตุลาคม	2465	ถึง	1 ตุลาคม	2466	96
	2 ตุลาคม	2466	ถึง	1 ตุลาคม	2467	95
	2 ตุลาคม	2467	ถึง	1 ตุลาคม	2468	94
	2 ตุลาคม	2468	ถึง	1 ตุลาคม	2469	93
	2 ตุลาคม	2469	ถึง	1 ตุลาคม	2470	92
	2 ตุลาคม	2470	ถึง	1 ตุลาคม	2471	91
	2 ตุลาคม	2471	ถึง	1 ตุลาคม	2472	90

ผู้สูงอายุ มีอายุ ครบ 90 ปีขึ้นไป รับ 1,000 บาท



คำชี้แจง

ผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนา

***กรณี** ผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพอยู่กับ ทต.เมืองเก่า แล้วย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ ใน อปท.อื่น ให้ไปลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพต่อเนื่องได้ที่ อปท. แห่งใหม่ที่ตนย้ายไป ทต.เมืองเก่า จะดำเนินการจ่ายเบี้ยฯให้กับผู้สูงอายุจนสิ้นงบประมาณปีนั้นๆ (เดือนกันยายน) ทั้งนี้ ทต.เมืองเก่าจะต้องได้รับการยืนยันจาก อปท.แห่งใหม่ว่าได้รับลงทะเบียนให้กับผู้สูงอายุแล้ว เพื่อไม่ให้เกิดการจ่ายซ้ำซ้อน

***กรณี** ผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพอยู่กับ อปท.อื่น ต่อมาย้ายมาอยู่ในเขต ทต.เมืองเก่า ให้มาขอลงทะเบียน เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพต่อเนื่องได้ที่ ทต.เมืองเก่า นับแต่วันที่ย้ายถึงเดือนกันยายน ของปีที่ย้ายมา ทต.เมืองเก่า จะดำเนินการจ่ายเบี้ยฯให้กับผู้สูงอายุใน ปีงบประมาณถัดไป (ตั้งแต่เดือนตุลาคม เป็นต้นไป)

ทั้งนี้ ทต.เมืองเก่า จะดำเนินการประสาน อปท.เดิม ว่าได้รับลงทะเบียนให้กับผู้สูงอายุแล้วเพื่อไม่ให้เกิดการจ่ายซ้ำซ้อน



การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

1. ตาย
2. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตเทศบาลตำบลเมืองเก่า
3. แจ้งสิทธิ การขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
4. ขาดคุณสมบัติ

หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

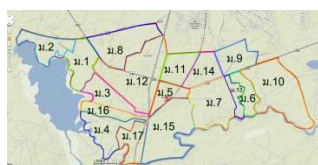
1. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง
2. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพ หรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเป็นเงินสดต้องมารับเงินให้ตรงตามวัน เวลา ที่กำหนด
3. กรณีผู้สูงอายุ ย้ายภูมิลำเนาจากเทศบาลตำบลเมืองเก่า ไปอยู่ภูมิลำเนาอื่นต้องแจ้งให้เทศบาลตำบลเมืองเก่าทราบทันที และเพื่อรักษาสิทธิ การรับเงินอย่างต่อเนื่อง ต้องไปลงทะเบียน ณ อปท.แห่งใหม่ที่ตนย้ายไปนับแต่วันที่ ย้ายไป
4. ให้ผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ แสดงการมีชีวิตอยู่ และยืนยันบัญชีธนาคาร ต่อเทศบาลตำบลเมืองเก่า ภายในเดือนกันยายนของทุกปี
5. กรณีตาย ให้ผู้ดูแลหรือญาติของผู้สูงอายุของผู้รับเงินแจ้งการตาย ให้ เทศบาลตำบลเมืองเก่าได้รับทราบ (พร้อมสำเนามรณะบัตร) ภายใน 3 วัน หรือทันที



คนพิการ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

ตรวจสอบดูคุณสมบัติของตัวเอง ตามรายการดังนี้



- (1) มีสัญชาติไทย
- (2) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลเมืองเก่า
(ตามทะเบียนบ้าน)
- (3) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- (4) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ



ตัวอย่างบัตรและสมุดประจำตัวคนพิการ

*** กรณีได้รับเบี้ยความพิการอยู่แล้ว และได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่

ตำบลเมืองเก่า จะต้องมาลงทะเบียนที่ เทศบาลตำบลเมืองเก่า อีกครั้ง ***

ภายในเดือนที่ย้ายมา ***

เพื่อใช้สิทธิรับเงินเบี้ยความพิการอย่างต่อเนื่อง.....ค่ะ



ขั้นตอนการลงทะเบียนเพื่อขอรับเงิน เบี้ยความพิการ

ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม “แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ”

- ▶▶ บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- ▶▶ ทะเบียนบ้าน ที่เป็นปัจจุบัน
- ▶▶ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร สำหรับกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร
- ▶▶ บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดูแลคนพิการ กรณีเป็นผู้ยื่นคำขอแทนคนพิการ
 - **หมายเหตุ :** กรณีที่คนพิการไม่สามารถลงทะเบียนด้วยตนเอง จะต้องมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการเป็นผู้ยื่นคำขอแทน แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย คนพิการที่เป็นผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเอดส์สามารถลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ด้วย

******* ขอรับแบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ และยื่นเอกสารประกอบ ได้ที่ ฝ่ายส่งเสริมและสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลเมืองเก่าได้ตลอดทั้งปี ในวันเวลาราชการ*******



ประกาศรายชื่อ ผู้มีสิทธิรับเงิน

เบี้ยความพิการ

ให้ผู้ที่ยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการมาตรวจสอบรายชื่อ
ตามประกาศ ที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ ณ สำนักงานเทศบาลตำบล
เมืองเก่า เทศบาลตำบลเมืองเก่า จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงิน
เบี้ยความพิการเป็นรายเดือน

การจ่ายเงินเบี้ยความพิการ

เทศบาลจะดำเนินการเบิก - จ่ายเงินให้กับคนพิการที่มา
ลงทะเบียนไว้แล้ว โดยจะเริ่มจ่ายตั้งแต่เดือนถัดไปนับจากเดือนที่
ลงทะเบียนไว้ เช่น คนพิการลงทะเบียน ภายในเดือนสิงหาคม ก็
จะดำเนินการจ่ายเงินเบี้ยความพิการ ภายในเดือนกันยายน ซึ่ง
เป็นเดือนถัดไป โดยจะจ่าย เป็นเงินสด หรือโอนเข้าบัญชีธนาคาร
ตามที่คนพิการได้แจ้งความประสงค์ไว้



คำชี้แจง ผู้พิการย้ายภูมิลำเนา

คนพิการที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการอยู่แล้วใน อปท.อื่น ภายหลังได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่ในภูมิลำเนา ตำบลเมืองเก่า ให้มาแจ้งลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการต่อเนื่อง ได้ที่ เทศบาลตำบลเมืองเก่า และจะได้รับเงินจากเทศบาลตำบลเมืองเก่า ในเดือนถัดไป ทั้งนี้ เทศบาลตำบลเมืองเก่าจะต้องได้รับการยืนยันจาก อปท.เดิมที่จ่ายก่อนเพื่อไม่ให้เกิดการจ่ายซ้ำซ้อน เช่น

นาย ก รับเงินเบี้ยความพิการอยู่เทศบาลตำบลภูเข ภายหลังได้ย้ายที่อยู่มาอยู่พื้นที่ตำบลเมืองเก่าในวันที่ 15 มีนาคม 2562 นาย ก ต้องมาลงทะเบียนใหม่ที่ เทศบาลตำบลเมืองเก่า ภายในเดือนมีนาคม 2562 ซึ่งจะยังคงรับเงินเบี้ยความพิการที่ เทศบาลตำบลภูเข อยู่จนถึงเดือนมีนาคม 2562 และจะมีสิทธิ รับเงินเบี้ยความพิการที่เทศบาลตำบลเมืองเก่าในเดือนเมษายน 2562 เป็นต้นไป ทั้งนี้ เทศบาลตำบลเมืองเก่า ต้องได้รับการยืนยัน



ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ



1. พบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสารรับรองความพิการ
2. ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการ ได้ที่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดขอนแก่น (ศาลากลางจังหวัดฯ ชั้น 1) โดยใช้เอกสาร ดังนี้
 - 2.1 เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยแพทย์เฉพาะทาง (ตัวจริง)
 - 2.2 รูปถ่าย 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป
 - 2.3 สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
 - 2.4 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
 - 2.5 ถ้าคนพิการมีผู้ดูแลให้นำสำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลไปด้วย จำนวนอย่างละ 1 ฉบับ
3. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอทำบัตรประจำตัวคนพิการให้นำหลักฐานตาม ข้อ 2.4 - 2.5 มาด้วย



การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

การดำเนินการต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ ได้ที่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดขอนแก่น (ศาลากลางจังหวัดฯ ชั้น 1) โดยใช้เอกสาร ดังนี้

1. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการ เล่มเดิม
2. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป
3. สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประชาชน
อย่างละ 1 ฉบับ
4. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการ ใช้สำเนาทะเบียนบ้าน และ
และสำเนาบัตรประชาชน อย่างละ 1 ฉบับ
5. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อ
ขอต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการให้นำหลักฐานตาม
ข้อ 3-4 มาด้วย



การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยความพิการ

1. ตาย
2. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตเทศบาลตำบลเมืองเก่า
3. แจ้งละสิทธิ การขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
4. ขาดคุณสมบัติ

หน้าที่ของผู้รับเบี้ยความพิการ

1. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง
2. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพ หรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเป็นเงินสดต้องมารับเงินให้ตรงตามวัน เวลา ที่กำหนด
3. กรณีผู้พิการ ย้ายภูมิลำเนาจากเทศบาลตำบลเมืองเก่าไปอยู่ภูมิลำเนาอื่น ต้องแจ้งให้เทศบาลตำบลเมืองเก่าทราบทันที และเพื่อรักษาสีทธิการรับเงินอย่างต่อเนื่อง ต้องไปลงทะเบียน ณ อปท.แห่งใหม่ที่ตนย้ายไปนับแต่วันที่ย้ายไป
4. ให้ผู้รับเบี้ยความพิการ แสดงการมีชีวิตอยู่ และยืนยันบัญชีธนาคาร ต่อเทศบาลตำบลเมืองเก่า ภายในเดือนกันยายนของทุกปี
5. กรณีตาย ให้ผู้ดูแลหรือญาติของผู้พิการแจ้งการตาย ให้เทศบาลตำบลเมืองเก่าได้รับทราบ (พร้อมสำเนา-mortgage) ภายใน 3 วัน หรือทันที



ผู้ป่วยเอดส์

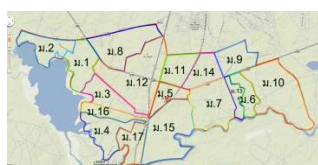
คุณสมบัติของผู้มีสิทธิลงทะเบียนเพื่อขอรับเงิน สงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ตรวจสอบดูคุณสมบัติของตัวเองตามรายการดังนี้



(1) เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการ
วินิจฉัยแล้ว

(2) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลเมืองเก่า
(ตามทะเบียนบ้าน)



(3) มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง
หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบ
อาชีพเลี้ยงตนได้

ขั้นตอนการลงทะเบียนเพื่อขอรับเงิน สงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม

“แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์”

- ▶▶ ใบรับรองที่แพทย์รับรองและทำการวินิจฉัยแล้วว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์จริง
- ▶▶ ทะเบียนบ้าน และบัตรประจำตัวประชาชน
- ▶▶ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร สำหรับกรณีที่ผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
ประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร

● **หมายเหตุ :** ในกรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง
จะต้องมอบอำนาจให้ผู้ดูแลมายื่นคำขอแทน แต่ต้องนำหลักฐานของผู้ป่วยเอดส์
และผู้ดูแลไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย ผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ
สามารถลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและเบี้ยความพิการได้ด้วย

******* ขอรับแบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ และยื่นเอกสาร
ประกอบได้ที่ ฝ่ายส่งเสริมและสวัสดิการสังคม
เทศบาลตำบลเมืองเก่า ในวันเวลาราชการ *******

ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงิน

สงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์



1. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดย สถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
2. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลเมืองเก่า
3. การยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์สามารถยื่นคำร้องได้ที่ฝ่ายส่งเสริมและสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลเมืองเก่า โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่นดังนี้
 - 3.1 ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
 - 3.2 บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง
 - 3.3 ทะเบียนบ้านฉบับจริง
4. กรณีที่ ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้ดูแลมาดำเนินการแทนได้
5. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุ และคนพิการสามารถดำเนินการได้ทั้งหมด
6. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์แล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนาเท่านั้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงิน

สงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)



7. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ เสียชีวิตลง ผู้ดูแล หรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้องแจ้งให้ฝ่ายส่งเสริมและสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลเมืองเก่าทราบ ภายใน ๓ วัน หรือทันทีที่ทราบ

ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่าป่วยเป็น โรคเอดส์ /AIDs เท่านั้น หากระบุว่าป่วยเป็น HIV หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง จะไม่เข้าหลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์

การสิ้นสุดการรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

1. ตาย
2. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตเทศบาลตำบลเมืองเก่า
3. แจ้งสละสิทธิ การขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
4. ขาดคุณสมบัติ

หน้าที่ของผู้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

1. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง
2. กรณีผู้ป่วยเอดส์ ย้ายภูมิลำเนาจากเทศบาลตำบลเมืองเก่าไปอยู่
ภูมิลำเนาอื่นต้องแจ้งให้เทศบาลตำบลเมืองเก่าทราบทันที และเพื่อรักษาสิทธิการรับ
เงินอย่างต่อเนื่อง ต้องไปลงทะเบียน ณ อปท.แห่งใหม่ที่ตนย้ายไปนับแต่วันที่ย้ายไป
3. ให้ผู้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ แสดงการมีชีวิตอยู่ และยืนยันบัญชี
ธนาคารต่อเทศบาลตำบลเมืองเก่า ภายในเดือนกันยายนของทุกปี
4. กรณีตาย ให้ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์แจ้งการตาย ให้เทศบาลตำบล
เมืองเก่าได้รับทราบ (พร้อมสำเนามรณะบัตร) ภายใน 3 วัน หรือทันที



กำหนดวันจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์ ภายในวันที่ 1-10 ของเดือน (ตามความเหมาะสม)

DME กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ สำนักงานส่งเสริมการค้าในต่างประเทศ เชียงใหม่ เชียงใหม่ เชียงใหม่						
ตุลาคม ๑๐ October 2562						
อา / Sun	จ / Mon	อ / Tue	พ / Wed	พฤ / Thu	ศ / Fri	ส / Sat
		1	2	3	4	5
6 วันคล้ายวันสถาปนา กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ ๖๖ ปี	7	8	9	10 วันคล้ายวันสถาปนา กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ ๖๖ ปี	11	12
13 วันคล้ายวันสถาปนา กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ ๖๖ ปี	14	15	16	17	18	19
20 วันคล้ายวันสถาปนา กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ ๖๖ ปี	21	22	23	24	25	26
27 วันคล้ายวันสถาปนา กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ ๖๖ ปี	28	29	30	31		

ช่องทางการรับเงินเบี้ยยังชีพ

ผู้ประสงค์รับเงินผ่าน
ธนาคาร



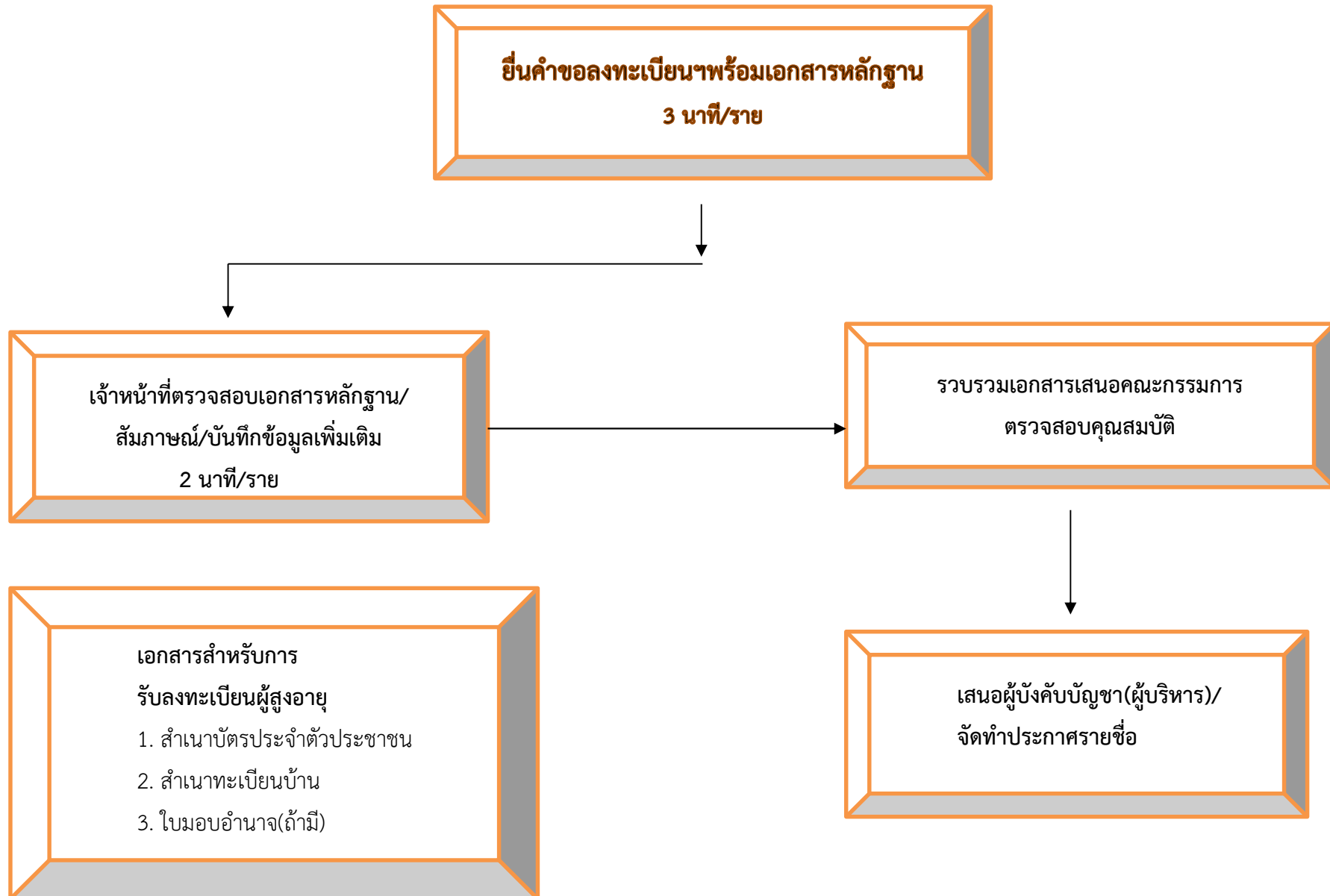
ผู้ประสงค์รับเงินสด

ตามจุดที่ได้แจ้งไว้ เช่น อาคาร
เอนกประสงค์ของหมู่บ้าน
และฝ่ายส่งเสริมและสวัสดิการสังคม
เทศบาลตำบลเมืองเก่า โดยจะมีการ
แจ้งให้ทราบล่วงหน้า

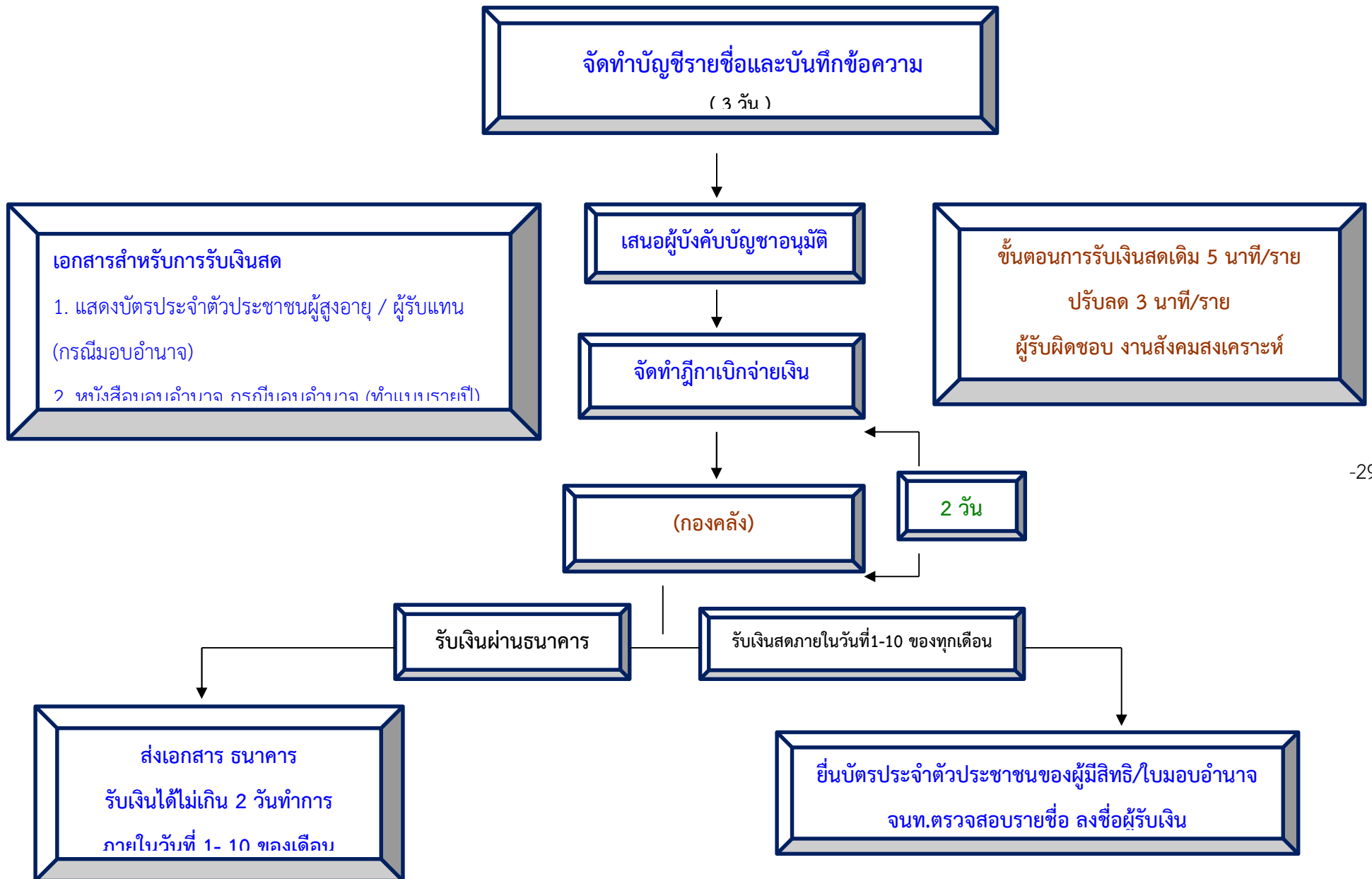
โอนเข้าบัญชีธนาคารในนาม
ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์
หรือผู้รับมอบอำนาจ

รับเงินสดในนามผู้สูงอายุ คนพิการ
ผู้ป่วยเอดส์หรือผู้รับมอบอำนาจ

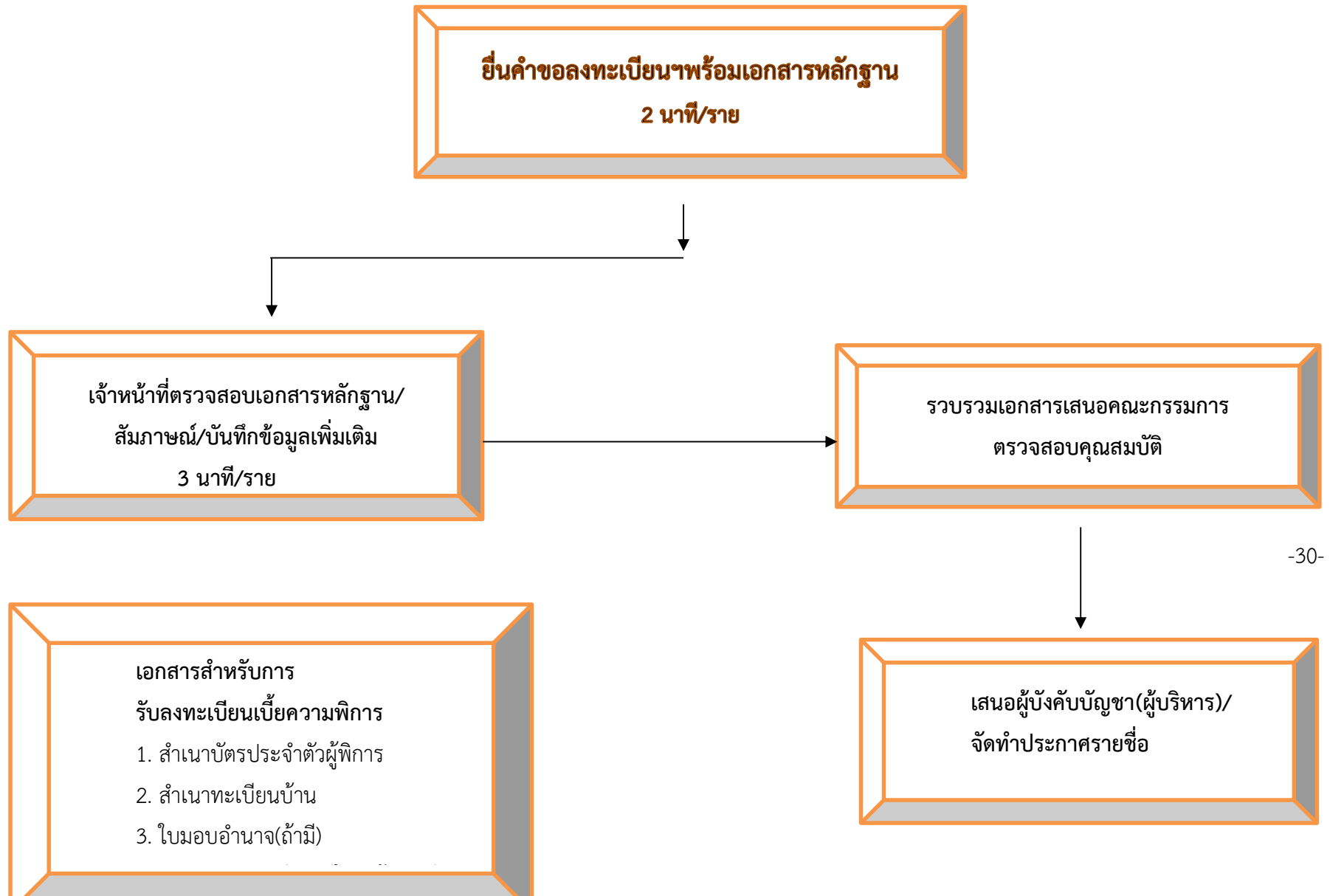
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
(การรับลงทะเบียนผู้สูงอายุ)



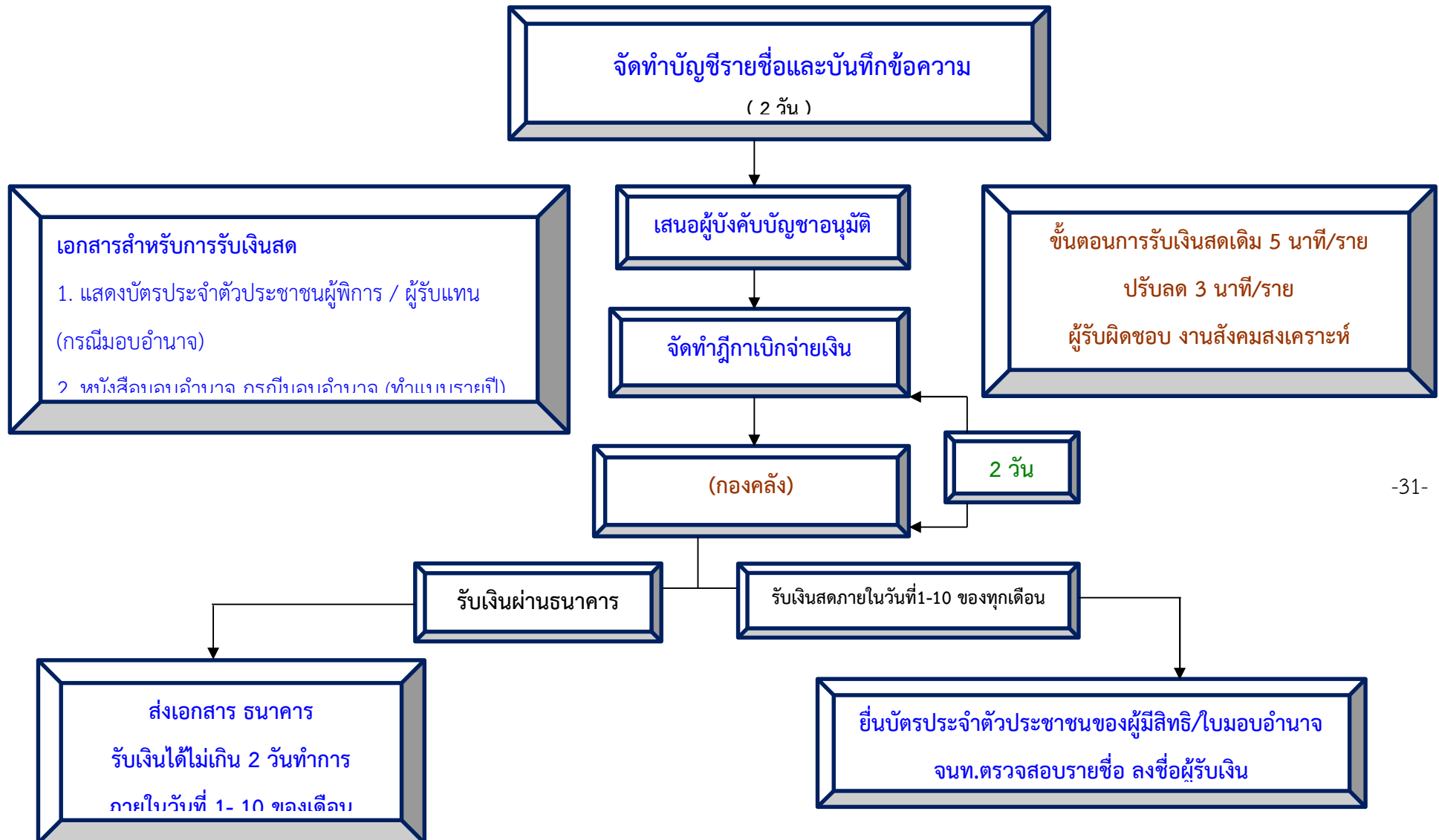
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
(การเบิก-จ่ายเบี้ยผู้สูงอายุ)



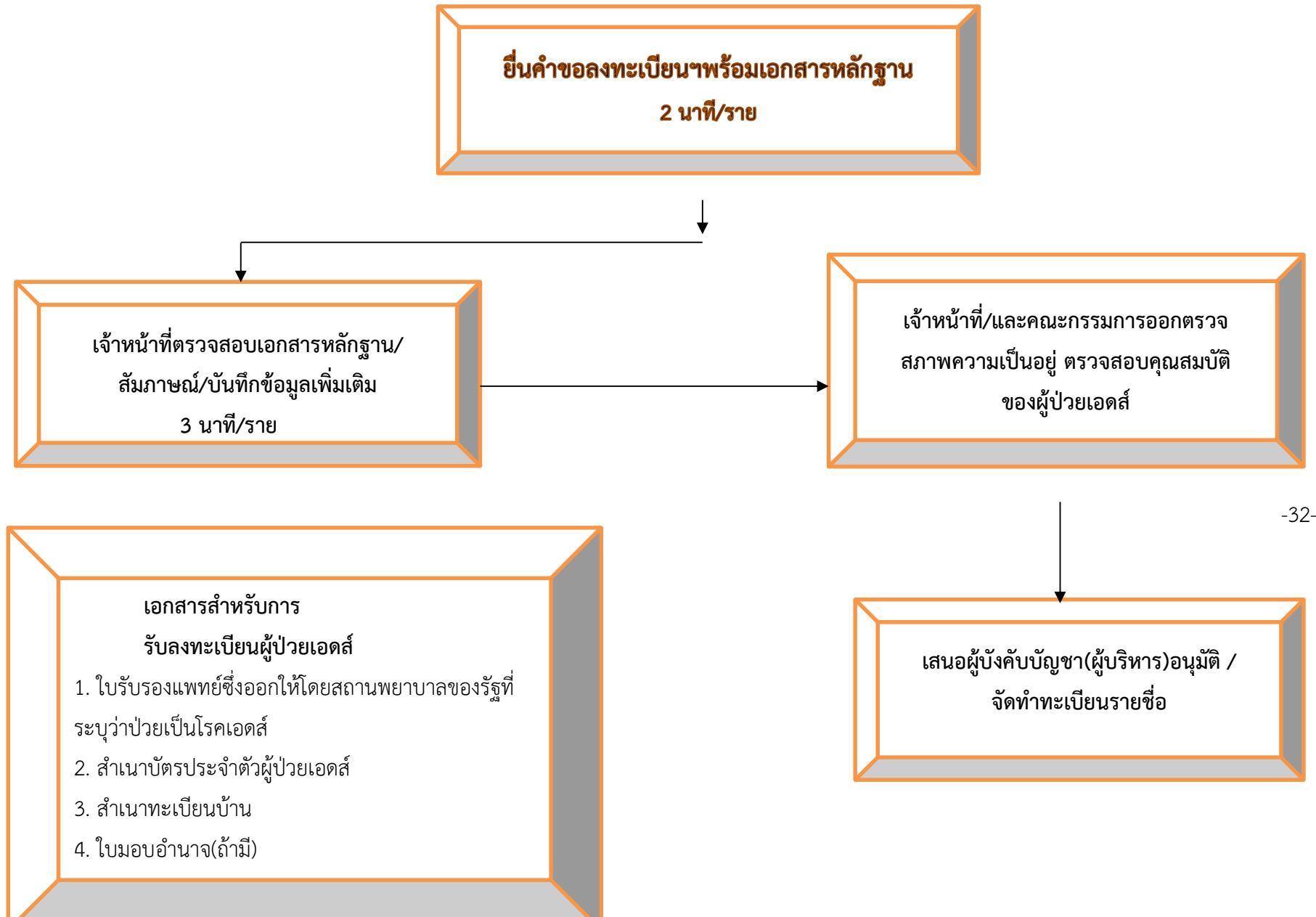
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
(การรับลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ)



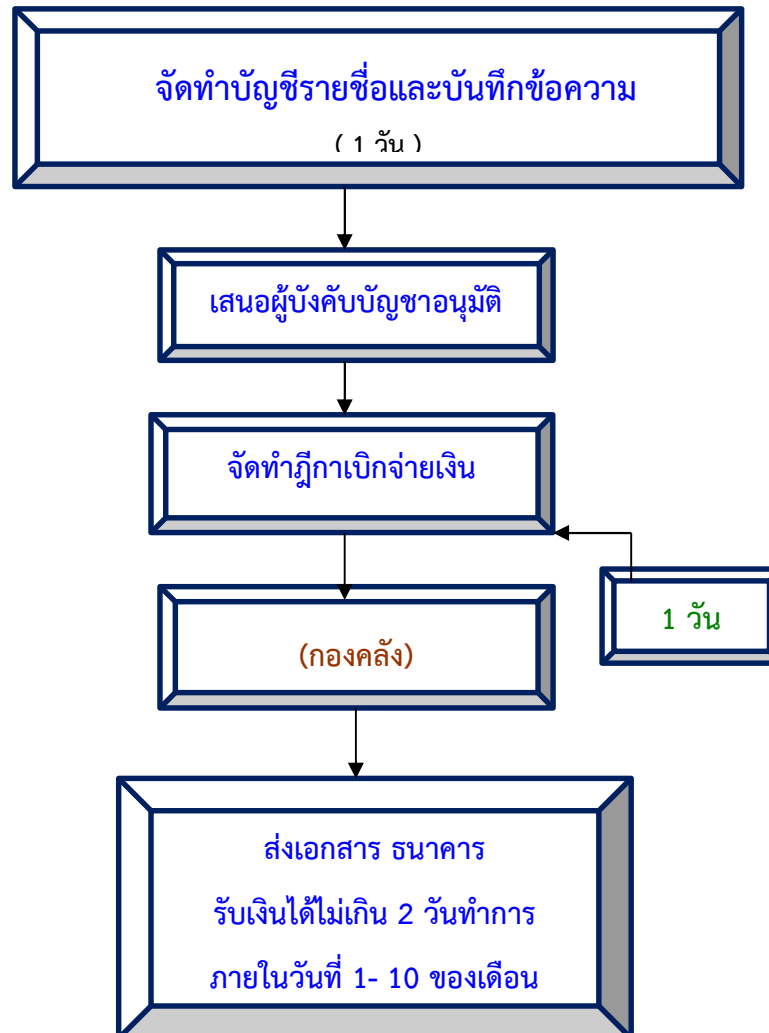
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
(การเบิก-จ่ายเบี้ยความพิการ)



แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
(การรับลงทะเบียนผู้ป่วยเอดส์)



แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
(การเบิก-จ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์)



ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอแทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ลงทะเบียน

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ 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.....

หมายเลขบัตรประจำตัวผู้สูงอายุ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

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

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์☐ ได้รับเงินเบี้ยความพิการ ☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☐ ทะเบียนบ้าน☐ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ☐ บัญชีเงินฝากธนาคาร.....บัญชีธนาคารเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ

บำเหน็จรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้ายินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับ

ฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอแทนฯ ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา - มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณ - ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....

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

.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ชื่อ.....นามสกุล.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อายุ.....ปี สัญชาติ..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ ---

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้

☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่เมื่อ.....

☐ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ อื่นๆ(ระบุ).....

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

☐ มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ.....

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

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้สิทธิ/ผู้ดูแล

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล
ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี --

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ **สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)**

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้อนุมัติและผู้อนุมัติในกรณียื่นคำขอแทน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

(.....)

(.....)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - - แล้ว ☐ เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ☐ เป็นผู้ที่ไม่มีความประพฤติเรียบร้อย ดังนี้ (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีตำบลเมืองเก่า คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)
คำสั่ง ☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่นๆ..... (ลงชื่อ)..... นายกเทศมนตรีตำบลเมืองเก่า วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	

...ตัดตามรอยประให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียน เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....และจะได้เงินเบี้ยความพิการ ในเดือนถัดไป

ในอัตราเดือนละ 800 บาท ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอ

รับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ทั้งนี้ เพื่อการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

ทะเบียนเลขที่...../25.....

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

ผู้ยื่นคำขอฯ [] แจ้งด้วยตนเอง

[] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

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

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

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

สถานภาพสมรส □ โสด □ สมรส □ หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ □ อื่นๆ

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

เกี่ยวข้องโดยเป็น □ บิดา-มารดา □ บุตร □ สามเณร-ภรรยา □ พี่น้อง □ อื่นๆ

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ □ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ □ อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 25..... โดยวิธีดังต่อไปนี้
(เลือก 1 วิธี)☐ รับเงินสดด้วยตนเอง☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิพร้อมแนบเอกสาร ดังนี้☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย☐ สำเนาทะเบียนบ้าน☐ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

(.....)

(.....)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการกรอก และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

เรียน คณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/

นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ แล้ว

☐ เป็นผู้มีสิทธิครบถ้วน

☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลเมืองเก่า

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

(.....)

กรรมการ

(.....)

กรรมการ

(.....)

กรรมการ

คำสั่ง

☐ รับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน

☐ อื่นๆ

.....
.....

(นายวิฑิต ทองโสภิต)

นายกเทศมนตรีตำบลเมืองเก่า

..... / /

แบบสอบถามเท็จจริง
ผู้ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ฝ่ายส่งเสริมและสวัสดิการสังคม สำนักปลัดเทศบาล ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

ชื่อ – สกุล (ผู้ขอรับบริการ) นาย/นาง/นางสาว.....

ติดต่อขอรับความช่วยเหลือโดย.....

ผู้ขอรับการสงเคราะห์ อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

สถานภาพการสมรส

☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

วัน/เดือน/ปี เกิด.....บัตรประชาชนเลขที่ ----

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่.....ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ที่อยู่ปัจจุบันที่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย..... ถนน..... ตำบล.....

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

อาชีพ..... มีรายได้เดือนละ.....บาท

สถานภาพการอยู่อาศัย ☐ บ้านตนเอง ☐ บ้านบิดา/มารดา/ญาติ ☐ บ้านเพื่อน/คนรู้จัก
☐ บ้านเช่า ☐ อยู่กับผู้จ้าง ☐ ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง

ลักษณะสถานภายในที่อยู่อาศัย.....

สภาพสิ่งแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย.....

จำนวนสมาชิกภายในครอบครัว.....คน จำนวนบุคคลที่อยู่ในความอุปการะ.....คน

ที่	ชื่อ – สกุล	อายุ(ปี)	ความเกี่ยวข้อง	สุขภาพ	อาชีพ/รายได้	หมายเหตุ

สาเหตุปัญหาความเดือดร้อน.....

ลักษณะการครองชีพของผู้ขอรับบริการและครอบครัว.....

ประวัติการได้รับความช่วยเหลือจาก(หน่วยงาน/องค์กร/บุคคล).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับบริการ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้เยี่ยมบ้าน

(.....)

(ตัวอย่าง)

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 ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน..... แทนข้าพเจ้าจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง
การมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)