



คู่มือปฏิบัติงาน

การจ่ายเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์
การขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ, คนพิการ, ผู้ป่วยเอดส์



งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด

เทศบาลตำบลม่วงชุม
ตำบลม่วงชุม อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี

คำนำ

เทศบาลตำบลม่วงชุม สำนักปลัด งานสวัสดิการสังคม มีภารกิจหลักในการปฏิบัติงาน รับขึ้นทะเบียน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุคนพิการ และผู้ป่วยเอดส์โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒ ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการให้คนพิการ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ.๒๕๖๒ และระเบียบกระทรวง มหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ เพื่อเป็นการช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ ในการดำรงชีวิตและมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนสามารถทำความเข้าใจในรายละเอียดของการรับขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ และรายละเอียดในการจ่ายเบี้ยยังชีพ เพื่อที่จะนำไปสู่การให้บริการใน การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และถูกต้อง เทศบาลตำบลม่วงชุมจึงได้จัดทำคู่มือ รายละเอียดในการจ่ายเบี้ยยังชีพฉบับนี้ขึ้น โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าประชาชนจะได้รับข้อมูลรายละเอียด เจือจางในการมีสิทธิได้รับขึ้นทะเบียน รายละเอียดสิทธิต่างๆที่ประชาชนพึงได้รับหลังการลงทะเบียน และได้ทราบแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าว และประชาชนที่มาขอ รับบริการต่อไป



สารบัญ

หน้า

๑. ผู้สูงอายุ	๑
๑.๑ คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๑
๑.๒ การรับขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๑
๑.๓ วันรับขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๑
๑.๔ หลักฐานที่ต้องเตรียม	๒
๑.๕ การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได	๒
๑.๖ การระงับสิทธิในการรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๒
๑.๗ ข้อปฏิบัติหลังการลงทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๓
๒. ผู้พิการ	๔
๒.๑ ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ	๔
๒.๒ เอกสารการขอมีบัตรประจำตัวคนพิการใหม่	๔
๒.๓ การขอต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ	๔
๒.๔ ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ	๕
๓. ผู้ป่วยเอดส์	๖
๓.๑ การจ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	๖
๓.๒ เอกสารหลักฐานที่ใช้สำหรับการขึ้นทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	๖
ภาคผนวก	๗
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ	
แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	
แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ	
แบบคำขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	
หนังสือมอบอำนาจ	



๑. ผู้สูงอายุ

๑.๑ คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุนั้นจะต้องมีคุณสมบัติและไม่มีคุณลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
๓. มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้ขึ้นทะเบียน และยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๔. ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่

(ก) ผู้ได้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน

(ข) ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(ค) ผู้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ บุคคลตาม (ก) (ข) หรือ (ค) นั้นไม่รวมถึง ผู้พิการหรือผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบ กระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ หรือผู้ได้รับสวัสดิการอื่นตามมติคณะรัฐมนตรี

ประชาชนชาวตำบลม่วงชุมท่านใดตรวจสอบแล้วว่าตนเองนั้นมีคุณสมบัติ ครบถ้วนและไม่มีคุณสมบัติต้องห้ามตามที่กล่าวมาในข้างต้น สามารถมาขึ้นทะเบียนขอรับ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ที่เทศบาลตำบลม่วงชุม สำนักปลัด งานสวัสดิการสังคม ได้ทุกวันในเวลาทำการ โดยรายละเอียดในการลงทะเบียนนั้นจะขอกล่าวถึงในหัวข้อถัดไป

๑.๒ การรับขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

โดยประชาชนผู้ประสงค์จะขึ้นทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ สามารถขึ้นทะเบียนได้ก่อนทำการเริ่มรับเบี้ย ๑ ปีงบประมาณ กล่าวคือ หากท่านกำลังจะมีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ใน ปีงบประมาณใด ท่านจะสามารถมาขึ้นทะเบียนรับเบี้ยผู้สูงอายุก่อนปีงบประมาณนั้น ๑ ปี โดยปีงบประมาณของทางราชการนั้นจะเริ่มนับตั้งแต่เดือนตุลาคม สิ้นสุดที่สิ้นเดือนกันยายน ยกตัวอย่างเช่น

๑. นาย ก. เกิดวันที่ ๒๑ ตุลาคม ๒๕๐๔ นาย ก. จะมีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ในเดือนตุลาคม ๒๕๖๔ นาย ก. จะมีสิทธิเริ่มได้รับเบี้ยในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๔ ซึ่งอยู่ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕) ดังนั้นนาย ก. จะสามารถมาขอขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔)

๒. นาง ข. เกิดวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๐๖ นาง ข. จะมีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ในเดือนมิถุนายน ๒๕๖๖ นาง ข. จะมีสิทธิเริ่มได้รับเบี้ยในเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๖ ซึ่งอยู่ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖) ดังนั้นนาง ข. จะสามารถมาขอขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕)

๑.๓ วันเริ่มรับขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในแต่ละปีนั้นจะแบ่งเป็น ๒ ช่วง ดังนี้

- ช่วงที่ ๑ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึง เดือนพฤศจิกายน
- ช่วงที่ ๒ ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เดือนกันยายน

๑.๔ หลักฐานที่ต้องเตรียม

๑. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา
 ๒. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา
 ๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์พร้อมสำเนา
- การมอบอำนาจการรับเบี้ยผู้สูงอายุ ควรมอบให้กับผู้ที่ไว้ใจได้จริงๆ เช่น ญาติพี่น้อง ลูก หลาน เป็นต้น เพื่อผลประโยชน์ของผู้มีสิทธิรับเบี้ยผู้สูงอายุเอง
- ผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้วในพื้นที่อื่น ภายหลังได้ทำการย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาในพื้นที่เทศบาลตำบลม่วงชุม เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของสิทธิในการรับเบี้ยยังชีพ ให้ผู้สูงอายุ มาแจ้งขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพที่เทศบาลตำบลม่วงชุม ภายในวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี โดยสิทธิ การรับเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุจะยังคงรับเงินกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมไปก่อน จนกว่าจะขึ้น ปิงบประมาณใหม่ถึงจะรับเบี้ยยังชีพกับเทศบาลตำบลม่วงชุม

๑.๕ การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได สำหรับผู้สูงอายุ จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือน ที่ผู้สูงอายุจะได้รับในปัจจุบันดังนี้

๑. ผู้สูงอายุที่มีสิทธิ อายุ ๖๐ - ๖๙ ปี คนละ ๖๐๐ บาท
๒. ผู้สูงอายุที่มีสิทธิ อายุ ๗๐ - ๗๙ ปี คนละ ๗๐๐ บาท
๓. ผู้สูงอายุที่มีสิทธิ อายุ ๘๐ - ๘๙ ปี คนละ ๘๐๐ บาท
๔. ผู้สูงอายุที่มีสิทธิ อายุ ๙๐ ปีขึ้นไป คนละ ๑,๐๐๐ บาท

วิธีการคำนวณอายุของผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุอายุครบบริบูรณ์ท่านจะได้เลื่อนขึ้นเงินเบี้ยผู้สูงอายุในปีงบประมาณถัดไป หลังจากท่านอายุครบตามขั้นบันไดแล้ว เนื่องจากการปรับเบี้ยผู้สูงอายุตามขั้นบันไดนั้นจะไม่มีการปรับระหว่างปีงบประมาณ โดยจะเริ่มปรับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ของปีงบประมาณ การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เมื่อทำการขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแล้ว ท่านจะเริ่มได้รับเงินเบี้ยยังชีพในปีงบประมาณถัดไป ซึ่งหากถึงเดือนที่ท่านมีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพแล้ว ทางเทศบาลตำบลม่วงชุมจะดำเนินการเบิก - จ่ายเงินเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มาขึ้นทะเบียน โดยจะโอนเข้าบัญชีธนาคารตามที่ผู้สูงอายุได้แจ้งความประสงค์ไว้ในตอนที่ขึ้นทะเบียนผ่านระบบ E-Social Welfare ของกรมบัญชีกลาง ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน

๑.๖ การระงับสิทธิในการรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ สิทธิในการรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจะสิ้นสุดลงในกรณีดังต่อไปนี้

๑. ตาย
๒. ปรากฏในภายหลังว่าขาดคุณสมบัติในการรับเบี้ยผู้สูงอายุ
๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นหนังสือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีสิทธิในการรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
๔. ย้ายภูมิลำเนาออกจากพื้นที่เทศบาลตำบลม่วงชุม (ระงับสิทธิในปีงบประมาณถัดไป)

๑.๗ ข้อปฏิบัติหลังการลงทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑. ตรวจสอบรายชื่อและสิทธิเริ่มได้รับเบี้ยยังชีพของตนเอง
๒. เมื่อย้ายภูมิลำเนาออกจากพื้นที่เทศบาลตำบลม่วงชุมไปอยู่ในภูมิลำเนาอื่น ต้องแจ้งข้อมูลเพื่อให้ทางเทศบาลตำบลม่วงชุมได้รับทราบ

๓. เมื่อผู้สูงอายุเสียชีวิต ให้ผู้ดูแลหรือญาติของผู้สูงอายุที่รับเบี้ยยังชีพแจ้งการเสียชีวิตให้ทางเทศบาลตำบลม่วงชุมได้รับทราบ เพื่อที่ทางหน่วยงานจะได้ทำการระงับในการจ่ายเบี้ยยังชีพให้กับบุคคลดังกล่าวในทันที



๒. ผู้พิการ

๒.๑ ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ ต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีบัตรประจำตัวคนพิการ
๓. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐตามรายชื่อที่ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศกำหนด คนพิการซึ่งได้รับสิทธิตามที่บัญญัติไว้ในกฎหมายหรือระเบียบอื่น ไม่เป็นการตัดสิทธิที่คนพิการจะได้รับสิทธิตามระเบียบนี้

ประชาชนชาวตำบลม่วงชุมท่านใดตรวจสอบแล้วว่าตนเองนั้นมีคุณสมบัติครบถ้วนและไม่มีคุณสมบัติต้องห้ามตามที่กล่าวมาในข้างต้น สามารถมาขึ้นทะเบียนได้ที่ ณ สำนักปลัด งานสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลม่วงชุม ได้ทุกวันในเวลาทำการ

การขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ หากท่านยังไม่มีบัตรประจำตัวคนพิการ หรือบัตรประจำตัวคนพิการที่ท่านมีอยู่นั้น หมดอายุ สูญหาย ชำรุด หรือมีความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกี่ยวกับตัวผู้พิการ ท่านสามารถยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกาญจนบุรี

๒.๒ เอกสารการขอมีบัตรประจำตัวคนพิการใหม่

๑. เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยแพทย์เฉพาะทาง (ตัวจริง) ๑ ฉบับ
 ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ
 ๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ๑ ฉบับ
- กรณีถ้าคนพิการมีผู้ดูแล ให้เตรียมเอกสารเพิ่มเติมดังต่อไปนี้
๔. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดูแล ๑ ฉบับ
 ๕. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแล ๑ ฉบับ
 ๖. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการที่รับรองโดยกำนันหรือผู้ใหญ่บ้านในพื้นที่ของท่าน พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่รัฐของผู้รับรอง ๑ ชุด
 ๗. แบบบันทึก ป.ค. ๑๔ กรณีที่ผู้ดูแลคนพิการไม่ได้เป็นญาติกับผู้พิการ ๑ ฉบับ

๒.๓ การขอต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

๑. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการ เล่มเดิม/ใบเดิม
 ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ
 ๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ๑ ฉบับ
- กรณีถ้าคนพิการมีผู้ดูแล ให้เตรียมเอกสารเพิ่มเติมดังต่อไปนี้
๔. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดูแล ๑ ฉบับ
 ๕. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแล ๑ ฉบับ
 ๖. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการที่รับรองโดยกำนันหรือผู้ใหญ่บ้านในพื้นที่ของท่าน พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวผู้รับรอง ๑ ชุด
 ๗. แบบบันทึก ป.ค. ๑๔ กรณีที่ผู้ดูแลคนพิการไม่ได้เป็นญาติกับผู้พิการ ๑ ฉบับ
- กรณีที่ผู้ดูแลคนพิการมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเดียวกันกับผู้พิการและมีความเกี่ยวข้อง เป็น พ่อ แม่ พี่ น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย ไม่จำเป็นต้องรับรองผู้ดูแลคนพิการ

๒.๔ ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพ คนพิการ

๑. บัตรประจำตัวคนพิการที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา

๒. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา

๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของผู้ลงทะเบียน

หลังจากทำการขึ้นทะเบียนเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้พิการจะมีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพความพิการ
ในเดือนถัดไป โดยจะได้รับเบี้ยความพิการ ๘๐๐ บาทต่อเดือนในเดือนถัดไป และตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม
๒๕๖๓ เด็กที่เป็นผู้พิการที่อายุต่ำกว่า ๑๘ ปี จะได้รับเบี้ยความพิการ ๑,๐๐๐ บาทต่อเดือน



๓. ผู้ป่วยเอดส์

๓.๑ การจ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ดำเนินการโดยอาศัยระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วย การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ และตามหนังสือสั่งการของกระทรวงมหาดไทย ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
๓. มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้
๔. ได้รับการรับรองและวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์

๓.๒ เอกสารหลักฐานที่ใช้สำหรับการขึ้นทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๑. ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลแห่งรัฐรับรองว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
๒. บัตรประจำตัวประชาชนพร้อมสำเนา
๓. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา
๔. สมุดเงินฝากบัญชีธนาคารพร้อมสำเนา

สามารถมาขึ้นทะเบียนได้ที่ ณ สำนักปลัด งานสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลม่วงชุม ได้ทุกวันในเวลาทำการ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยทำการยื่นเอกสารให้กับทางเทศบาลตำบลม่วงชุมแล้ว ทางเทศบาลตำบลม่วงชุมจะดำเนินการตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ว่ามีคุณสมบัติในการขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์หรือไม่ เมื่อตรวจสอบเรียบร้อยแล้วทางเทศบาลตำบลม่วงชุมจะนำรายชื่อผู้ขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์เสนอต่อผู้บริหารท้องถิ่นเพื่อพิจารณาอนุมัติ หลังจากผู้บริหารท้องถิ่นทำการอนุมัติและผู้ป่วยได้ทำการขึ้นทะเบียนเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้ป่วยจะมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพในเดือนถัดไปโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเป็น จำนวนเงิน ๕๐๐ บาทต่อเดือน ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน

เมื่อย้ายภูมิลำเนาออกจากพื้นที่เทศบาลตำบลม่วงชุมไปอยู่ในภูมิลำเนาอื่น ต้องแจ้งข้อมูลเพื่อให้ทางเทศบาลตำบลม่วงชุมได้รับทราบเพื่อจะได้ดำเนินการส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป



ภาคผนวก

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

ขั้นตอนการยืนยันสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ผู้ประสงค์จะขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในปีงบประมาณถัดไป
หรือผู้รับมอบอำนาจยื่นแบบยืนยันสิทธิการรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
(ระยะเวลา ๑๐ นาที)

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานและคุณสมบัติ
ของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (สัมภาษณ์/บันทึกข้อมูล)
(ระยะเวลา ๒๐ นาที)

เสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติให้เป็นไปตามระเบียบฯ
(ระยะเวลา ๓๐ นาที)

เสนอผู้บังคับบัญชา/ผู้บริหาร และจัดทำประกาศรายชื่อ
เป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๑๕ วัน

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนรับเบี้ยความพิการ

ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเบี้ยความพิการพร้อมเอกสารหลักฐาน
(ระยะเวลา ๑๐ นาที)

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน/สัมภาษณ์/บันทึกข้อมูล
(ระยะเวลา ๒๐ นาที)

เสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติให้เป็นไปตามระเบียบฯ
(ระยะเวลา ๓๐ นาที)

เสนอผู้บังคับบัญชา/ผู้บริหาร และจัดทำประกาศรายชื่อ
เป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๑๕ วัน

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ลงทะเบียน

ชื่อ -สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ)เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

□-□□□□-□□□□□□-□□-□ ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....สำนักงานเทศบาลตำบลม่วงชุม...

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 หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

บัญชีเงินฝากธนาคารบัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ณ วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และขอรับรอง

ว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

“ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอม

ให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

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

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วน และตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน **ในอัตราแบบขั้นบันได ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน** โดยได้รับตั้งแต่เดือน พ.ศ..... เป็นต้นไป กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนกันยายนของปีนั้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้เบี้ยผู้สูงอายุ ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมจนสิ้นปีงบประมาณ และรับที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ในปีงบประมาณถัดไป

ทะเบียนเลขที่/.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา - มารดา บุตร สามเ - ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ)

เลขประจำตัวประชาชน ---- ที่อยู่

..... โทรศัพท์

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....สำนักงานเทศบาลตำบลม่วงชุม...

วันที่ เดือน พ.ศ.....

ค่านำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่นๆ (ระบุ)

ชื่อ นามสกุล.....

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

เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ ซอย ถนน..... หมู่บ้าน/ชุมชน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ ----

ประเภทความพิการ ความพิการทางการเห็น ความพิการทางสติปัญญา

ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้

ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางออทิสติก

ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ โทรศัพท์.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่

เมื่อ

ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อื่นๆ (ระบุ)

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

มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคาร สาขา เลขที่บัญชี ---

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....) (.....)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก</p> <p>(ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายก เทศมนตรีตำบลม่วงชุม 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>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ) () นายกเทศมนตรีตำบลม่วงชุม วัน/เดือน/ปี</p>	

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือน..... ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่โดยทันที ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทิวให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการ

แบบคำขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลม่วงชุม

ด้วย..... เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... อายุ.....ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....

ถนน..... ตรอก/ซอย..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์

เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

1. ที่พักอาศัย () เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ซ้ำรูดทรุดโทรม () ซ้ำรูดทรุดโทรมบางส่วน
() มั่นคงถาวร () เป็นของ..... เกี่ยวข้องเป็น.....

2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง..... สามารถเดินทางได้
() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง..... สามารถเดินทางได้ () สะดวก () ลำบาก
เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง..... สามารถเดินทางได้
() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

3. การพักอาศัย () อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก..... มาประมาณ.....
() พักอาศัยกับ รวม คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน คน
มีรายได้รวม บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

4. รายได้-รายจ่าย มีรายได้รวม บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....
นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้..... สถานที่ติดต่อเลขที่.....

ถนน..... ตรอก/ซอย..... หมู่ที่..... ตำบล.....

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

โทรศัพท์..... โทรสาร..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

..... ผู้ให้ถ้อยคำ
(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

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

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ แทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะมีชีวิต
อยู่หรือเสียชีวิต” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ โดยให้ออนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารใน
นามผู้รับมอบอำนาจ
ชื่อบัญชี..... ธนาคาร.....
เลขที่บัญชี.....

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่า
ข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ (ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ)
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)