



คู่มือการปฏิบัติงานพัฒนาชุมชน



องค์การบริหารส่วนตำบลสีซัด
อำเภอสีซัด จังหวัดนครราชสีมา

คำนำ

คู่มือการปฏิบัติงานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลสีซัด อำเภอสหัส จังหวัดนครศรีธรรมราช ฉบับนี้ได้จัดทำขึ้น เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านสวัสดิการ ด้านการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ และการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ตลอดจนสร้างความรู้ความเข้าใจด้านการขอรับเงินสงเคราะห์ต่างๆ ที่หน่วยงานภาครัฐจัดให้มี เช่น การขอรับเงินสงเคราะห์การจัดการงานศพตามประเพณีจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ การให้บริการจัดทำบัตรคนพิการ การลงพื้นที่ตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสในพื้นที่ และโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด เป็นต้น

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนได้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็ว และถูกต้องในการรับบริการในเรื่องต่างๆ งานพัฒนาชุมชน จึงจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานพัฒนาชุมชนนี้ ขึ้น

องค์การบริหารส่วนตำบลสีซัด หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ด้อยโอกาส มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับ และเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ตลอดจนเป็นเกณฑ์การลดดุลพินิจของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน เพื่อประโยชน์สูงสุดในการบริการประชาชนต่อไป

งานพัฒนาชุมชน
สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลสีซัด
มีนาคม ๒๕๖๖

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
๑. คู่มือการปฏิบัติงานให้บริการสวัสดิการด้านเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๑ - ๕
๒. คู่มือการปฏิบัติงานให้บริการสวัสดิการด้านเบี้ยความพิการ	๕ - ๑๐
๓. คู่มือการปฏิบัติงานให้บริการสวัสดิการด้านเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์	๑๑
๔. คู่มือการปฏิบัติงานโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด	๑๒ - ๑๔
๕. คู่มือการปฏิบัติงานการสนับสนุนการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี	๑๕ - ๑๖
ภาคผนวก	

คู่มือการปฏิบัติงานให้บริการสวัสดิการ ด้านเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ตรวจสอบคุณสมบัติของตนเอง ตามรายการดังนี้

(๑) มีสัญชาติไทย

(๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลสี่ขีด (ตามทะเบียนบ้าน)

(๓) เป็นผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ในบัดนี้ (ปัจจุบัน อายุ ๕๙ ปีบริบูรณ์ และต้องเกิดก่อน ๑ ตุลาคม)

(๔) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่

(ก) ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน

(ข) ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(ค) ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือ

ผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำตาม (ก) (ข) หรือ (ค) ไม่รวมถึงผู้พิการหรือผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๘ หรือผู้ที่ได้รับสวัสดิการอื่นตามมติคณะรัฐมนตรี

หมายเหตุ : กรณีผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้สูงอายุต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายนของปีนั้นๆ โดยจะได้รับเงินจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมจนถึงสิ้นปีงบประมาณ และรับเงินที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ในปีงบประมาณถัดไป

ขั้นตอนการยื่นคำขอเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ให้ผู้สูงอายุรายใหม่ที่ยังไม่เคยลงทะเบียนมาก่อน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์แล้ว และผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไปในปีงบประมาณถัดไป มาลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุด้วยตนเอง หรือในกรณีที่มีความจำเป็นที่ไม่สามารถยื่นคำขอลงทะเบียนด้วยตนเองได้ อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนได้ โดยยื่นลงทะเบียน งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลสี่ขีด ในวันและเวลาราชการ หรือตามกำหนดการลงพื้นที่รับลงทะเบียนในแต่ละหมู่บ้านที่ประกาศกำหนด

เอกสาร หลักฐานประกอบแบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

- ✗ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนา
- ✗ ทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้าน พร้อมสำเนา
- ✗ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดง ชื่อ และเลขที่บัญชี)

สำหรับกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร

หมายเหตุ : ในกรณีที่ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับ งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบล/สํานักการปกครองท้องถิ่น พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ

การได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับในปัจจุบัน การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุคิดในอัตราเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได แบบ“ขั้นบันได” หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วงๆ หรือเป็นขั้นขึ้นไปเรื่อยๆ โดยเริ่มตั้งแต่อายุ ๖๐ ปี

ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือนสำหรับผู้สูงอายุ (แบบขั้นบันได)

ขั้น	ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนเงิน (บาท)
ขั้นที่ ๑	๖๐ - ๖๙ ปี	๖๐๐
ขั้นที่ ๒	๗๐ - ๗๙ ปี	๗๐๐
ขั้นที่ ๓	๘๐ - ๘๙ ปี	๘๐๐
ขั้นที่ ๔	๙๐ ปี ขึ้นไป	๑,๐๐๐

การได้รับเงิน

๑. ผู้สูงอายุที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์แล้ว แต่ยังไม่เคยลงทะเบียนฯ ที่มาลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตั้งแต่เดือนตุลาคม-พฤศจิกายน และเดือนมกราคม-กันยายนของปีงบประมาณนั้น จะมีสิทธิได้รับเงินตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ของปีงบประมาณถัดไป

๒. ผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ในปีงบประมาณถัดไป ที่มาลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตั้งแต่เดือนตุลาคม-พฤศจิกายน และเดือนมกราคม-กันยายนของปีงบประมาณนั้น จะมีสิทธิได้รับเงินในเดือนถัดไปจากเดือนที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์

๓. การคำนวณอายุของผู้สูงอายุรายเดิม จะคำนวณตามปีงบประมาณไม่ใช่ปีปฏิทินไม่มีการเพิ่มเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในระหว่างปีงบประมาณ

วิธีคำนวณอายุของผู้สูงอายุ

การนับอายุว่าจะอยู่ในขั้นที่เท่าไร ให้นับ ณ วันที่ ๑ ตุลาคมของทุกปี เท่านั้น เช่น

๑. นางเอ เกิด ๓๐ กันยายน ๒๔๙๒ ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ นางเอ จะอายุ ๗๓ ปี หมายความว่า นางเอ จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๗๐๐ บาท ในเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๖)

๒. นางบี เกิด ๑ ตุลาคม ๒๔๘๕ ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ นางบี จะอายุ ๘๐ ปี หมายความว่า นางบี จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๘๐๐ บาท ในเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๖)

๓. นางซี เกิด ๑๐ มีนาคม ๒๕๐๕ มาลงทะเบียนภายในเดือนกันยายน ๒๕๖๔ นางซี จะอายุ ๖๐ ปี ในวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๕ หมายความว่า นางซี จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๖๐๐ บาท ในเดือนเมษายน ๒๕๖๕ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๕)

๔. นางดี เกิด ๑ เมษายน ๒๕๐๕ มาลงทะเบียนภายในเดือนกันยายน ๒๕๖๔ นางดี จะอายุ ๖๐ ปี ในวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕ หมายความว่า นางดี จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๖๐๐ บาท ในเดือนเมษายน ๒๕๖๕ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๕)

การนับรอบปีงบประมาณ คือ ๑ ตุลาคม - ๓๐ กันยายน เช่น

ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕

ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖

ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗

ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ให้ผู้ที่มีอายุยืนค่าขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ มาตรวจสอบรายชื่อตามประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลสีชิต หรือเว็บไซต์ อบต.สีชิต www.sikhit.go.th จะปิดประกาศไว้ไม่เกินวันที่ ๕ ของทุกเดือน (นับจากวันสิ้นสุดการลงทะเบียนประจำเดือน)

การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

กรมบัญชีกลางจะเป็นผู้ดำเนินการโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้มีสิทธิ/ผู้ได้รับมอบอำนาจ ทุกวันที่ ๑๐ ของเดือน ทั้งนี้ ขอให้ผู้สูงอายุที่รับเงินโดยโอนเข้าบัญชี ตรวจสอบการโอนเงิน ในวันที่ ๑๑ ของทุกเดือน หากท่านใดไม่ได้รับการโอนเงิน กรุณาติดต่อ งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลสีชิต โทร ๐ ๗๕๘๐ ๙๓๕๑

การสิ้นสุดการรับเบี้ยความพิการ

๑. ตาย
๒. ขาดคุณสมบัติ ตามข้อ ๖
๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นหนังสือต่อองค์การบริหารส่วนตำบลสีชิต

คู่มือการปฏิบัติงานให้บริการสวัสดิการ ด้านเบี้ยความพิการ



เบี้ยความพิการ

การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

ผู้พิการ ตรวจสอบคุณสมบัติของตนเอง ตามรายการดังนี้

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลสีซิด (ตามทะเบียนบ้าน)
- (๓) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- (๔) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ



ตัวอย่างบัตรและสมุดประจำตัวคนพิการ

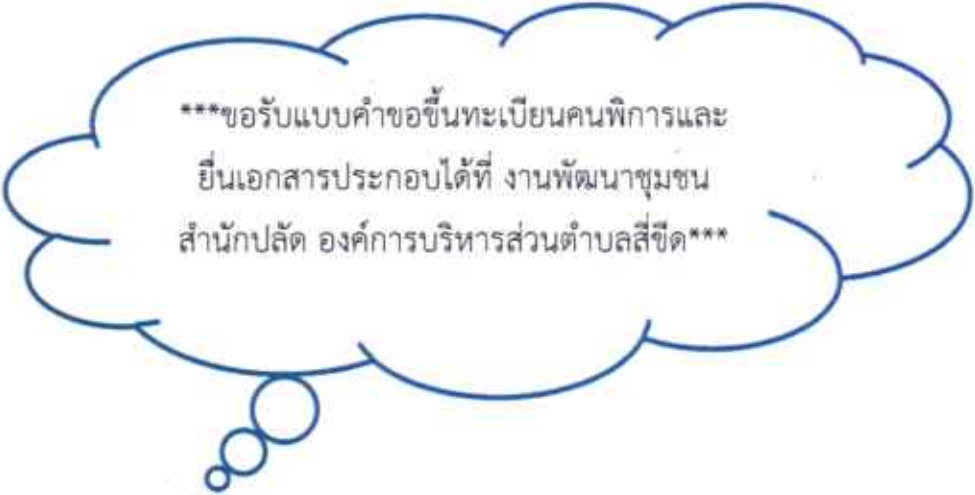
***กรณีได้รับเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น เมื่อคนพิการนั้นได้ไปลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ได้ย้ายภูมิลำเนาไป ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่จ่ายเบี้ยความพิการได้ในเดือนถัดไป แต่ทั้งนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะดำเนินการจ่ายเงินเบี้ยความพิการจะต้องได้รับการยืนยันจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมที่จ่ายเงินเบี้ยความพิการว่าได้ประกาศถอนรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไปแล้ว เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน เพื่อใช้สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพต่อเนื่อง

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ

ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม “แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ”

- ✕ บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับจริง พร้อมสำเนา
 - ✕ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนา
 - ✕ ทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้าน พร้อมสำเนา
 - ✕ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดง ชื่อ และเลขที่บัญชี)
- สำหรับกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการผ่านธนาคาร

หมายเหตุ : กรณีที่คนพิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทน แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและคนดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่



***ขอรับแบบคำขอขึ้นทะเบียนคนพิการและ
ยื่นเอกสารประกอบได้ที่ งานพัฒนาชุมชน
สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลสีซัด***

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ

ให้ผู้ที่มียื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ มาตรวจสอบรายชื่อตามประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลสีชิต หรือเว็บไซต์ อบต.สีชิต www.sikhit.go.th จะปิดประกาศ ณ วันสุดท้ายของทุกเดือน (นับจากวันสิ้นสุดการลงทะเบียนประจำเดือน)

การจ่ายเงินเบี้ยความพิการ

กรมบัญชีกลางจะเป็นผู้ดำเนินการโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้มีสิทธิ/ผู้ได้รับมอบอำนาจ ทุกวันที่ ๑๐ ของเดือน ทั้งนี้ ขอให้ผู้พิการที่รับเงินโดยโอนเข้าบัญชี ตรวจสอบการโอนเงิน ในวันที่ ๑๑ ของทุกเดือน หากท่านใดไม่ได้รับการโอนเงิน กรุณาติดต่อ งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลสีชิต โทร ๐ ๗๕๘๐ ๙๓๕๑

การสิ้นสุดการรับเบี้ยความพิการ

๑. ตาย
๒. ขาดคุณสมบัติ ตามข้อ ๖
๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยความพิการเป็นหนังสือต่อองค์การบริหารส่วนตำบลสีชิต



ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ

๑. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสารรับรองความพิการ
๒. ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดนครราชสีมา (ศาลากลางจังหวัดนครราชสีมา) และที่ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดนครราชสีมา สาขาศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการ ตำบลสระแก้ว อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้
 - ๒.๑ เอกสารรับรองความพิการ รับรองโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของสถานพยาบาลของรัฐ (ตัวจริง)
 - ๒.๒ รูปถ่ายคนพิการ ขนาด ๑ นิ้ว (ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน) จำนวน ๒ รูป
 - ๒.๓ สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
 - ๒.๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสูติบัตรสำหรับบุคคลอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี จำนวน ๑ ฉบับ
 - ๒.๕ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดูแลคนพิการ (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ
 - ๒.๖ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ
๓. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอทำบัตรประจำตัวคนพิการให้นำหลักฐานของผู้รับมอบอำนาจ



กรณีบัตรประจำตัวคนพิการหมดอายุ/ชำรุด/สูญหาย หรือ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญที่เกี่ยวกับคนพิการ

บัตรประจำตัวคนพิการจะมีอายุใช้งาน ๘ ปี นับตั้งแต่วันออกบัตรเมื่อครบกำหนดแล้วยื่นคำขอเพื่อขอมีบัตรประจำตัวคนพิการใหม่ สามารถติดต่อได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดนครราชสีมา (ศาลากลาง) และที่ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดนครราชสีมา สาขาศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการ ตำบลสระแก้ว อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครราชสีมา หรืองานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลสีซัด โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๑. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม (กรณีหมดอายุ/ชำรุด หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญที่เกี่ยวกับคนพิการ)

๒. รูปถ่ายคนพิการ ขนาด ๑ นิ้ว (ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน) จำนวน ๒ รูป

๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสูติบัตรสำหรับบุคคลอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี จำนวน ๑ ฉบับ

๔. สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ

๕. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดูแลคนพิการ (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ

๖. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ

สำหรับคนพิการ อายุ ๖๐ ปี บริบูรณ์ขึ้นไปและคนพิการที่มีสภาพความพิการเห็นได้โดยประจักษ์ บัตรมีอายุตลอดชีพ

การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ

การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ สามารถติดต่อได้ที่ สำนักพัฒนาและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด นครราชสีมา (ศาลากลาง) และที่ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดนครราชสีมา สาขาศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการ ตำบลสระแก้ว อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครราชสีมา หรืองานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลสีซัด โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๑. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม

๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนคนพิการ อย่างละ ๑ ฉบับ

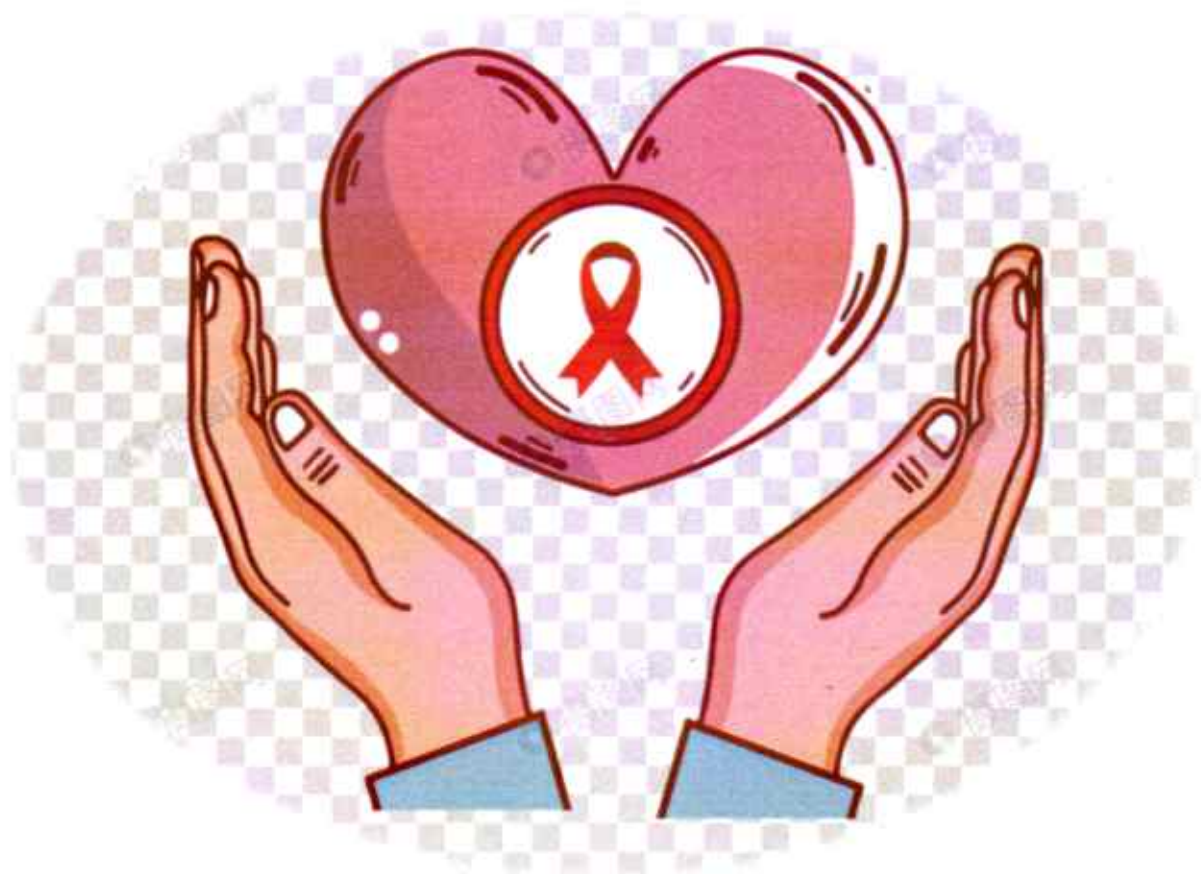
๓. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการ (คนเดิม) ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ

๔. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการ (คนใหม่) ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ

๕. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ

๖. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้รับรอง จำนวน ๑ ฉบับ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ส.อบต. หรือ ข้าราชการ ระดับ ๓ ขึ้นไป)

คู่มือการปฏิบัติงานให้บริการสวัสดิการ
ด้านเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

คุณสมบัติผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลสี่ขีด
๒. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

ขั้นตอนการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
๒. การยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลสี่ขีด ในกรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้ โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่นดังนี้
 - ๒.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกโดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
 - ๒.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
 - ๒.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง (ฉบับจริง)
 - ๒.๔ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของรัฐ (พร้อมสำเนา)

ขั้นแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการสามารถยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพได้ทั้งหมด
๒. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนาเท่านั้น
๓. กรณีคนพิการที่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้องแจ้งให้ งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลสี่ขีด (พร้อมสำเนาใบมรณบัตร) ทราบภายใน ๗ วัน นับตั้งแต่เสียชีวิต

ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่าป่วยเป็นโรคเอดส์/AIDs เท่านั้น หากระบุว่าป่วยเป็น HIV หรือภูมิคุ้มกันบกพร่องจะไม่เข้าหลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์

คู่มือการปฏิบัติงานโครงการเงินอุดหนุน
เพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด



คู่มือการปฏิบัติงานโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

ตามระเบียบกรมกิจการเด็กและเยาวชน ว่าด้วยการจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด พ.ศ. ๒๕๖๕

๑. หลักเกณฑ์

๑.๑ คุณสมบัติเด็กแรกเกิดที่มีสิทธิ

- ๑) มีสัญชาติไทย (พ่อแม่มีสัญชาติไทย หรือพ่อ หรือแม่มีสัญชาติไทย)
- ๒) เด็กที่มีอายุไม่เกิน ๖ ปี
- ๓) อาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย
- ๔) ไม่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของหน่วยงานของรัฐ หรือเอกชน

๑.๒ คุณสมบัติผู้ปกครองที่มีสิทธิลงทะเบียน

- ๑) มีสัญชาติไทย
- ๒) เป็นบิดา มารดา หรือบุคคลอื่นที่เป็นผู้เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
- ๓) เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วย
- ๔) อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย หรือครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐

บาท ต่อคน ต่อปี โดยสมาชิกต้องมีความสัมพันธ์ทางเครือญาติหรือการสมรส หรืออยู่กินด้วยกันสามีภริยา หรือด้วยเหตุอื่นตามกฎหมาย และสมาชิกต้องอาศัยอยู่จริงในครัวเรือนติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า ๑๘๐ วัน ในรอบปีที่ผ่านมา แต่ไม่นับรวมลูกจ้างครัวเรือน

๑.๓ กรณีผู้ปกครองไม่มีสัญชาติไทย แต่เด็กมีสัญชาติไทย

- ๑) เป็นบุคคลที่เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
- ๒) เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วย
- ๓) อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย หรือครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐

บาท ต่อคน ต่อปี โดยสมาชิกต้องมีความสัมพันธ์ทางเครือญาติหรือการสมรส หรืออยู่กินด้วยกันฉันสามีภริยา หรือด้วยเหตุอื่นตามกฎหมาย และสมาชิกต้องอาศัยอยู่จริงในครัวเรือนติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า ๑๘๐ วัน ในรอบปีที่ผ่านมา แต่ไม่นับรวมลูกจ้างครัวเรือน

- ๔) ผู้ปกครองและเด็กอาศัยอยู่ในราชอาณาจักรไทย

ทั้งนี้ มารดาที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ยังไม่ต้องมายื่นคำร้องขอลงทะเบียน
ขอรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

๒. เอกสารประกอบการลงทะเบียน ประกอบด้วย

- ๑) แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ตร.๐๑)
- ๒) แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ตร.๐๒)
- ๓) สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
- ๔) หนังสือรับรองรายได้หรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่มีรายได้ประจำเป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท) (ถ้ามี)
- ๕) เอกสาร หรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรหรือเอกสารอื่นใดที่แสดงสถานะหรือตำแหน่งของผู้รับรองคนที่ ๑ และผู้รับรองคนที่ ๒ (ผู้รับรองคนที่ ๑ อสม.ประจำหมู่บ้าน, ผู้รับรองคนที่ ๒ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน)
- ๖) สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

๓. การตรวจสอบสิทธิ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสามารถตรวจสอบสิทธิของผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนและผลการจ่ายเงินอุดหนุนได้จากระบบฐานข้อมูลโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

ผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนสามารถตรวจสอบสิทธิ ผ่านช่องทางดังนี้

- ๑) ผ่านแอปพลิเคชัน “เงินเด็ก” ดำเนินการดาวน์โหลดแอปพลิเคชัน D.DOPA และแอปพลิเคชัน “เงินเด็ก” สามารถดาวน์โหลดได้จากระบบ IOS (App Store) และระบบ Android (Play Store)
- ๒) ผ่านแอปพลิเคชัน “ทางรัฐ” ของสำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน)
- ๓) ผ่านเว็บไซต์ csgcheck.dcy.go.th
- ๔) กรุงเทพมหานคร ณ สำนักงานเขตที่ลงทะเบียน
- ๕) ส่วนภูมิภาค ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เมืองพัทยา หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

๖) ศูนย์ปฏิบัติการโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด กรมกิจการเด็กและเยาวชน โทร. ๐๘ ๒๐๙๑ ๗๒๔๕, ๐๘ ๒๐๓๗ ๘๗๖๗, ๐๘ ๓๔๓๑ ๓๕๓๓, ๐๖ ๕๗๓๑ ๓๑๙๙, ๐ ๒๖๕๑ ๖๙๒๐ หรือ ๐ ๒๖๕๑ ๖๕๓๔

๔. การเปลี่ยนแปลงสิทธิ

การยื่นคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิผู้รับเงินอุดหนุนฯ สามารถดำเนินการได้ ๒ วิธี ดังนี้

๔.๑ ผู้ยื่นคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิ ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่ใน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ยื่นแบบคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิผู้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (ดร.๐๖) และแนบเอกสารตามข้อ ๒ พร้อมแนบเอกสารหลักฐานเพิ่มเติม ดังต่อไปนี้

๑) แบบให้ความยินยอมเปลี่ยนแปลงสิทธิ (ถ้ามี)

๒) ใบมรณบัตร กรณีผู้ปกครองรายเดิมถึงแก่ความตาย

๔.๒ ผู้ยื่นคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิผ่านแอปพลิเคชัน “เงินเด็ก” แนบเอกสารในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ภายใน ๑๕ วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิ พิจารณาดำเนินการเปลี่ยนแปลงสิทธิต่อไป

๑) แบบให้ความยินยอมเปลี่ยนแปลงสิทธิ (ถ้ามี)

๒) ใบมรณบัตร กรณีผู้ปกครองรายเดิมถึงแก่ความตาย

๔.๓ เมื่อได้รับคำร้องเปลี่ยนแปลงสิทธิ กรมกิจการเด็กและเยาวชน ดำเนินการระงับการจ่ายเงินอุดหนุนฯ แก่ผู้ปกครองรายเดิมในเดือนถัดไปได้

๔.๔ กรมกิจการเด็กและเยาวชน หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด แล้วแต่กรณี พิจารณาดำเนินการเปลี่ยนแปลงสิทธิ โดยมีหนังสือแจ้งผู้ปกครองรายเดิมหรือผ่านแอปพลิเคชัน “เงินเด็ก” เพื่อขอให้คัดค้านการเปลี่ยนแปลงสิทธิ ภายใน ๑๕ วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับแจ้งกรณีผู้ปกครองรายเดิมให้ความยินยอม

เป็นหนังสือขอชี้แจงผู้ยื่นคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิ หรือผู้ปกครองรายเดิมเสียชีวิต โดยมีเอกสารใบมรณบัตร ไม่ต้องมีหนังสือแจ้งผู้ปกครองรายเดิม โดยเจ้าหน้าที่กรมกิจการเด็กและเยาวชน หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ดำเนินการดังนี้

๑) หากไม่มีการคัดค้านการเปลี่ยนแปลงสิทธิ ให้กรมกิจการเด็กและเยาวชน หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด แล้วแต่กรณี อนุมัติการเปลี่ยนแปลงสิทธิ และแจ้งผลให้ผู้ยื่นคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับคำร้องทราบและดำเนินการ ดังนี้

๑.๑) กรมกิจการเด็กและเยาวชน หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด บันทึกข้อมูลผู้ยื่นคำร้องเปลี่ยนแปลงสิทธิในระบบฐานข้อมูลโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดให้ถูกต้องครบถ้วน

๑.๒) ผู้ยื่นคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิผ่านแอปพลิเคชัน “เงินเด็ก” ดำเนินการยื่นคำร้องขอลงทะเบียนรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดให้ครบถ้วน

๒) หากมีการคัดค้านการเปลี่ยนแปลงสิทธิ ให้กรมกิจการเด็กและเยาวชน หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด แล้วแต่กรณี พิจารณาข้อเท็จจริงและวินิจฉัยว่าผู้ปกครองรายใดเป็นผู้มีสิทธิและแจ้งผลให้ผู้ยื่นคำร้องเปลี่ยนแปลงสิทธิ ผู้คัดค้านการขอเปลี่ยนแปลงสิทธิ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่รับคำร้องทราบภายใน ๑๕ วัน นับตั้งแต่วันที่พิจารณาแล้วเสร็จ

๓) เบิกจ่ายเงินให้กับผู้ปกครองที่มีสิทธิ เมื่อได้ดำเนินการตามข้อ ๑) เรียบร้อยแล้ว

๕. การสิ้นสุดสิทธิ

การสิ้นสุดสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดในกรณี ดังต่อไปนี้

๕.๑) เด็กแรกเกิดมีอายุครบ ๖ ปี

๕.๒) เด็กแรกเกิดถึงแก่ความตาย

๕.๓) ผู้ปกครองยื่นคำขอสละสิทธิเป็นหนังสือ โดยมีหลักฐานชัดเจน

๕.๔) ขาดคุณสมบัติตามระเบียบ

๕.๕) กรณีมีเหตุที่ไม่สามารถจ่ายเงินให้กับผู้ปกครองที่ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนให้กรมกิจการเด็กและเยาวชน หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด แล้วแต่กรณี ดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริง หรือมีหนังสือแจ้งให้มาพบภายใน ๖ เดือน นับตั้งแต่วันที่ได้รับอนุมัติการจ่ายเงินงวดแรก หากไม่สามารถติดตามได้ภายในระยะเวลาดังกล่าว ให้กรมกิจการเด็กและเยาวชน หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด แล้วแต่กรณี พิจารณาระงับสิทธิในการรับเงินอุดหนุนของผู้ปกครองรายนั้นได้

๕.๖) กรณีเจ้าหน้าที่กรมกิจการเด็กและเยาวชน หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ตรวจสอบพบ หรือได้รับคำร้องจากผู้ที่เกี่ยวข้องว่าผู้ปกครองที่ได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดขาดคุณสมบัติตามระเบียบฯ ให้พิจารณาข้อเท็จจริงและสามารถดำเนินการระงับสิทธิการจ่ายเงินตามระเบียบฯ ข้อ ๒๐ (๔) ต่อไป

คู่มือการปฏิบัติงานการสนับสนุน
การจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี



คู่มือการปฏิบัติงานการสนับสนุนการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

๑. คุณสมบัติผู้สูงอายุที่เสียชีวิตขอรับค่าจัดการศพผู้สูงอายุ

(๑) มีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป

(๒) มีสัญชาติไทย

(๓) ผู้สูงอายุที่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เว้นแต่ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ แต่ยังไม่ได้รับบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียน ให้ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองคการบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน เป็นผู้รับรอง

การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณีตามประกาศนี้ ให้รวมถึงผู้สูงอายุซึ่งอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์ สถานดูแล สถานคุ้มครอง หรือสถานใดๆ ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ดำเนินการในลักษณะเดียวกัน ซึ่งจัดการศพตามประเพณีโดยมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์

๒. เอกสารประกอบการยื่นคำขอขอเงินค่าจัดการศพ

(๑) สำเนาใบมรณบัตรของผู้สูงอายุ

จำนวน ๑ ฉบับ

(๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุ

จำนวน ๑ ฉบับ

(๓) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สูงอายุ

จำนวน ๑ ฉบับ

(๔) สำเนาบัตรสวัสดิการแห่งรัฐของผู้สูงอายุ

จำนวน ๑ ฉบับ

กรณีไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐแต่ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ แต่ยังไม่ได้รับบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียน (รับรองตามแบบ ศผส.๐๒)

(๕) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ

จำนวน ๑ ฉบับ

กรณีการจัดการศพตามประเพณีโดยมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์ ให้แนบหนังสือแสดงการจดทะเบียน หรืออนุญาตให้สร้าง จัดตั้ง หรือดำเนินงานมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์ ด้วย

(๖) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ยื่นคำขอ

จำนวน ๑ ฉบับ

(๗) แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ Krungthai Corporate Online

จำนวน ๑ ใบ

(๘) แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี (ศผส.๐๑)

ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่อยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์ สถานดูแล สถานคุ้มครอง หรือสถานใดๆ ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้หัวหน้าหน่วยงานเป็นผู้รับรอง

(๙) ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐแต่ยังไม่ได้รับบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียน ให้ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองคการบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน เป็นผู้รับรอง (ศผส.๐๒)

(๑๐) สำเนาเอกสารหรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งของผู้รับรอง (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน)

จำนวน ๑ ฉบับ

***หมายเหตุ : เอกสารทุกฉบับให้รับรองสำเนาถูกต้อง (เอกสารของผู้เสียชีวิตให้ผู้ขอรับเงินรับรอง
สำเนาแทน)

๓. การยื่นคำขอ

๑. ต้องยื่นคำขอภายใน ๖ เดือนนับตั้งแต่วันออกใบมรณบัตร โดยยื่นคำขอในท้องที่ที่ผู้สูงอายุมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านหรือภูมิลำเนาที่ถึงแก่ความตาย ในขณะที่ถึงแก่ความตาย

๒. ผู้ยื่นคำขอและผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน

ภาคผนวก

-ตัวอย่าง-

ทะเบียนเลขที่.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ลงทะเบียน

ชื่อ -สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ)

เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลสีซิด

วันที่ ๒๐ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ ดอกไม้ นามสกุล ริมถนน

เกิดวันที่ ๑๕ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๐๗ อายุ ๕๙ ปี สัญชาติ ไทย มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่ ๙๙

หมู่ที่/ชุมชน ๑ บ้าน น้ำร้อน ตรอก/ ซอย - ถนน - ตำบล สีซิด อำเภอ สีซล จังหวัด นครศรีธรรมราชรหัสไปรษณีย์

๘๐๑๒๐ โทรศัพท์ ๐๙ ๙๕๖๓ ๗๕๒๓

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ ๓ - ๘๐๑๔ - ๐๐๐๕๖ - ๗๕ - ๐

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☒ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ

รายได้ต่อเดือน ๓,๐๐๐ บาท อาชีพ ทำสวน

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☒ ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ ☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง

☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☒ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☒ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☒ ทะเบียนบ้าน

☒ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

☒ สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคาร กรุงเทพฯ บัญชีเลขที่ ๙๙๑๒๓๔๕๖๗๘๙ ชื่อบัญชี นางดอกไม้ ริมถนน

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ บำเหน็จรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและข้าพเจ้ายินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ)

ดอกไม้ ริมถนน

(ลงชื่อ)

พลาวเวอร์

(นางดอกไม้ ริมถนน)

(นางสาวพลาวเวอร์ นารัก)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ <u>นาย/นาง/นางสาว/</u> <u>ดอกไม้ ริมถนน</u> หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน <u>๓-๘๐๑๕-๐๐๐๕๖๗๕-๐</u> แล้ว ☒ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่มีขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) <u>ฟลาวเวอร์</u> (นางสาวฟลาวเวอร์ นารัก) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายก อบต สีซิด คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็น ดังนี้ ☒ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) <u>คอฟฟี่</u> (นายคอฟฟี่ กาแฟ) เจ้าพนักงานพัฒนาชุมชนชำนาญงาน กรรมการ (ลงชื่อ) <u>ปฏิทิน</u> (นายปฏิทิน จันทร์คดี) นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ กรรมการ (ลงชื่อ) <u>โอวัลติน</u> (นายโอวัลติน หวานเข้ม) ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล
คำสั่ง ☒ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่น ๆ (ลงชื่อ) <u>เพนซิล</u> (นายเพนซิล โอเวอร์) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสีซิด วัน/เดือน/ปี ๒๐ มกราคม ๒๕๖๖	

ติดตามรอยเส้นประให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ ๒๐ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มิคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน ภายในวันที่ ๓๐ ของทุกเดือน โดยได้รับตั้งแต่เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๗ เป็นต้นไป กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนกันยายนของปีนั้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้เบี้ยผู้สูงอายุ ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมจนสิ้นปีงบประมาณ และรับที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ในปีงบประมาณถัดไป

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

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

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อนามสกุล.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนา
ทะเบียนบ้านเลขที่หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ ซอย.....ถนน.....
ตำบล.....สี่ขีด.....อำเภอ.....สิชล.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์๘๐๑๒๐.....
โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ

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☐ บัญชีเงินฝากธนาคารบัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

☐ “ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ณ วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพ
ผู้สูงอายุ และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

☐ “ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - - แล้ว ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติในการลงทะเบียนครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ไม่ตรงตรวจสอบคุณสมบัติ ณ วันที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพ ☐ เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก..... (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายก เทศมนตรี/อบต. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (นางสาวศิริพร แพรกนันทะ) เจ้าพนักงานพัฒนาชุมชนปฏิบัติงาน กรรมการ (ลงชื่อ) (นายโกศล บุญจิตร์) นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ กรรมการลงชื่อ..... (นายสาริต เดชรักษา) ปลัด อบต.สีซิด
คำสั่ง ☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่น ๆ (ลงชื่อ) นายสำคัญ ศรีสุข นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสีซิด วัน/เดือน/ปี	

ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้ลงอายุที่ขึ้นคำขอลงทะเบียนเดินเพื่อเป็นหลักฐานการลงทะเบียน

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มิคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน ภายในวันที่ ๓๐ ของทุกเดือน โดยได้รับตั้งแต่เดือน..... พ.ศ. เป็นต้นไป กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่นับตั้งแต่วันที่ย้ายแต่ไม่เกินเดือนพฤศจิกายนของปีนั้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้เบี้ยผู้สูงอายุ ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมจนสิ้นปีงบประมาณที่ได้ลงทะเบียนไว้ และรับที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ในปีงบประมาณต่อไป

-ตัวอย่าง-



ที่ นศ ๘๑๖๐๑/๑๒๔

องค์การบริหารส่วนตำบลสี่ขีด
หมู่ที่ ๑๒ ตำบลสี่ขีด อำเภอลือลา
จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๑๒๐

๑๕ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเปิดบัญชีเงินฝากผู้สูงอายุ

เรียน ผู้จัดการธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาลือลา

ด้วยองค์การบริหารส่วนตำบลสี่ขีด อำเภอลือลา จังหวัดนครศรีธรรมราช มีความประสงค์
จะโอนเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ แต่เนื่องจาก นายเปเปอร์ เมนทอล
อยู่บ้านเลขที่ ๒๕/๔ หมู่ที่ ๑๐ ตำบลสี่ขีด อำเภอลือลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ไม่สามารถเปิดบัญชีได้ด้วยตนเอง
จึงมอบให้ นางลันจิ แพชา อยู่บ้านเลขที่ ๖๔/๗ หมู่ที่ ๑๐ ตำบลสี่ขีด อำเภอลือลา จังหวัดนครศรีธรรมราช
เป็นผู้เปิดบัญชีเงินฝากประเภทออมทรัพย์ ชื่อบัญชี นายเปเปอร์ เมนทอล โดย นางลันจิ แพชา
รับโอนเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากองค์การบริหารส่วนตำบลสี่ขีด ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

เพนซิล โอเวอร์

(นายเพนซิล โอเวอร์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสี่ขีด

สำนักปลัด อบต.

โทร/โทรสาร ๐ ๗๕๘๐ ๔๕๓๑

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban@sikhit.go.th

“มานะ มานคร มหาศรัทธา”

ที่ นศ ๘๑๖๐๑/



องค์การบริหารส่วนตำบลสีชิต
หมู่ที่ ๑๒ ตำบลสีชิต อำเภอสีชล
จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๑๒๐

วันที่.....

เรื่อง ขอเปิดบัญชีเงินฝากผู้สูงอายุ

เรียน ผู้จัดการธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาสีชล

ด้วยองค์การบริหารส่วนตำบลสีชิต อำเภอสีชล จังหวัดนครศรีธรรมราช มีความประสงค์
จะโอนเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... แต่เนื่องจาก.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... ไม่สามารถเปิดบัญชีได้ด้วยตนเอง
จึงมอบให้.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
เป็นผู้เปิดบัญชีเงินฝากประเภทออมทรัพย์ ชื่อบัญชี.....
รับโอนเงินเบี้ยยังชีพความพิการจากองค์การบริหารส่วนตำบลสีชิต ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสำคัญ ศรีสุข)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสีชิต

สำนักปลัด อบต.

โทร/โทรสาร ๐ ๗๕๘๐ ๙๕๓๑

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban@sikhit.go.th

“มานะ มานคร มหาศรัทธา”

-ตัวอย่าง-

หนังสือมอบอำนาจ

ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลสีซิด
วันที่ ๑๕ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า นายเปเปอร์ เมนทอล ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ ๓ ๘๐๑๔ ๐๐๐๘๘ ๑๒ ๓ ออกให้ ณ อำเภอสีซล เมื่อวันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๑ อยู่บ้านเลขที่ ๒๕/๙ หมู่ที่ ๑๐ ตำบลสีซิด อำเภอสีซล จังหวัดนครศรีธรรมราช

ขอมอบอำนาจให้ นางลันจี แฟซ่า ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ ๑ ๘๐๑๔ ๐๐๑๔๔ ๕๗ ๙ ออกให้ ณ อำเภอสีซล เมื่อวันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๖๓ อยู่บ้านเลขที่ ๖๔/๗ หมู่ที่ ๑๐ ตำบลสีซิด อำเภอสีซล จังหวัดนครศรีธรรมราช

เป็นผู้มีอำนาจรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ เปเปอร์ เมนทอล ผู้มอบอำนาจ
(นายเปเปอร์ เมนทอล)

ลงชื่อ ลันจี แฟซ่า ผู้รับมอบอำนาจ
(นางลันจี แฟซ่า)

ลงชื่อ บราซิล ไบไม้ พยาน
(นายบราซิล ไบไม้)

ลงชื่อ เดนมาร์ค กิงไม้ พยาน
(นายเดนมาร์ค กิงไม้)

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....
.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

มอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....
.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน.....แทนข้าพเจ้า "ทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว"
จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่า
ข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

-ตัวอย่าง-

ประจำเดือน มีนาคม

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ
ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....
เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ ☐- - -
ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลสีซิด

วันที่ ๗ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ ดอกไม้ นามสกุล ริมถนน

เกิดวันที่ ๑๕ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๐๗ อายุ ๕๙ ปี สัญชาติ ไทย มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่ ๙๙
หมู่ที่/ชุมชน ๑ บ้าน น้ำร้อน ตรอก/ ซอย - ถนน - ตำบล สีซิด อำเภอ สีชล จังหวัด นครศรีธรรมราชรหัสไปรษณีย์
๘๐๑๒๐ โทรศัพท์ ๐๙ ๙๕๖๓ ๗๕๖๓

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ ๓ - ๘๐๑๔ - ๐๐๐๕๖ - ๙๙ - ๐

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น

☐ ความพิการทางจิตในหรือพฤติกรรม
หรือออทิสติก

☒ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย

☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

☐ ความพิการทางการเรียนรู้

☐ พิการซ้ำซ้อน

☐ ไม่ระบุความพิการ

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☒ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ นายหนังสือ อ่านออก โทรศัพท์ ๐๙ ๙๑๒๓ ๔๕๖๗

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา)

เข้ามาอยู่ใหม่เมื่อ.....

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

☐ ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเอง ☐ มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ ☐ ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

☒ มีอาชีพ (ระบุ) ทำสวน รายได้ต่อเดือน (ระบุ) ๓,๐๐๐ บาท

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๓ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง

☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☒ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
ธนาคาร กรุงไทย สาขา สีชล บัญชีเลขที่ ๙๙๑๒๓๔๕๖๗๘๙

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☒ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☒ สำเนาทะเบียนบ้าน

☒ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ดอกไม้ ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ) พลาวเวอร์ นารัก เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ
(นางดอกไม้ ริมถนน) (นางสาวพลาวเวอร์ นารัก)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ใส่ช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ <u>นาย/นาง/นางสาว/</u> <u>ดอกริม ริมถนน</u> หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน <u>๓-๘๐๓๔-๐๐๐๕๖-๗๙๐</u> แล้ว ☒ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่มีขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) <u>ฟลาวเวอร์</u> (นางสาวฟลาวเวอร์ นารี) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายก อบต. สีซิด คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็น ดังนี้ ☒ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) <u>คอฟฟี่</u> (นายกคอฟฟี่ กาแฟ) เจ้าพนักงานพัฒนาชุมชนชำนาญงาน กรรมการ (ลงชื่อ) <u>ปฏิทิน</u> (นายปฏิทิน จันทร์คดี) นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ กรรมการ (ลงชื่อ) <u>โอวัลติน</u> (นายโอวัลติน หวานเข้ม) ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล
คำสั่ง ☒ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่น ๆ (ลงชื่อ) <u>เพนซิล</u> (นายเพนซิล โอเวอร์) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสีซิด วัน/เดือน/ปี ๗ มีนาคม ๒๕๖๖	

ติดตามรอยเส้นประให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....

ชื่อ นางดอกริม นามสกุล ริมถนน บ้านเลขที่ ๙๙ หมู่ที่ ๑ ตำบลสีซิด อำเภอสีซิด จังหวัดนครศรีธรรมราช แบบคำขอ
ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ ๒๐ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและ
ตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน โดยได้รับตั้งแต่เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๗ เป็นต้นไป
กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
แห่งใหม่ภายในเดือนกันยายนของปีนั้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้เบี้ยผู้สูงอายุ ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมจนสิ้นปีงบประมาณ
และรับที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ในปีงบประมาณถัดไป

ประจำเดือน.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ
ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....เลข
ประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ ☐- - - ที่อยู่.....
.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่องค์การบริหารส่วนตำบลสีซัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปีสัญชาติ.....

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

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

จังหวัด.....นครศรีธรรมราช.....รหัสไปรษณีย์.....๘๐๑๒๐.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ.....

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางจิตในหรือพฤติกรรม
หรือออทิสติก
☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางสติปัญญา
☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้
☐ พิการซ้ำซ้อน ☐ ไม่ระบุความพิการ

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

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา)

เข้ามาอยู่ใหม่เมื่อ.....

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

☐ ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเอง ☐ มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การดำรงชีพ ☐ ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

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

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

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี.....

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน
(.....)
ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ใส่ช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ๐-๐๐๐๐-๐๐๐๐๐-๐๐-๐ แล้ว ☐ เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ☐ เป็นผู้ที่มีความประพฤติไม่เรียบร้อย เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสีซัด คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมีความเห็น ดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (นางสาวศิริพร แพรกนันทะ) เจ้าพนักงานพัฒนาชุมชนปฏิบัติงาน กรรมการ (ลงชื่อ) (นายโกศล บุญจิตร์) นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ กรรมการ (นายสาริศ เดชรักษา) ปลัด อบต.สีซัด
---	---

คำสั่ง

☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่น ๆ

.....

.....

(ลงชื่อ)

(นายสำคัญ ศรีสุข)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสีซัด

วัน/เดือน/ปี

(ตัดความรายละเอียดให้ผู้สูงพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

ชื่อ.....นามสกุล.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตำบลสีซัด อำเภอสีซัด จังหวัดนครราชสีมา แบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยจะได้รับเงิน เบี้ยความพิการ

ตามระเบียบฯ ในข้อ ๗ โดยจะมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป (หลังเดือนที่ลงทะเบียน ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท

ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสหสิทธิต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการในระหว่างเดือนที่มีการย้ายภูมิลำเนา

(ลงชื่อ)ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ)ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

ตำแหน่ง

-ตัวอย่าง-



ที่ นศ ๘๑๖๐๑/๑๒๓

องค์การบริหารส่วนตำบลสีซัด
หมู่ที่ ๑๒ ตำบลสีซัด อำเภอสีซัด
จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๑๒๐

๑๕ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเปิดบัญชีเงินฝากคนพิการ

เรียน ผู้จัดการธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาสีซัด

ด้วยองค์การบริหารส่วนตำบลสีซัด อำเภอสีซัด จังหวัดนครศรีธรรมราช มีความประสงค์จะโอนเงินเบี้ยยังชีพความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ แต่เนื่องจาก นางอังกฤษ พิมพ์ใหญ่ อยู่บ้านเลขที่ ๗๒/๒ หมู่ที่ ๑ ตำบลสีซัด อำเภอสีซัด จังหวัดนครศรีธรรมราช ไม่สามารถเปิดบัญชีได้ด้วยตนเอง จึงมอบให้ นางสาว ฝรั่งเศส ตัวเล็ก อยู่บ้านเลขที่ ๘๘/๑ หมู่ที่ ๑ ตำบลสีซัด อำเภอสีซัด จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นผู้เปิดบัญชีเงินฝากประเภทออมทรัพย์ ชื่อบัญชี นางอังกฤษ พิมพ์ใหญ่ โดย นางสาวฝรั่งเศส ตัวเล็ก รับโอนเงินเบี้ยยังชีพความพิการจากองค์การบริหารส่วนตำบลสีซัด ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

เพนซิล โอเวอร์

(นายเพนซิล โอเวอร์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสีซัด

สำนักปลัด อบต.

โทร/โทรสาร ๐ ๗๕๘๐ ๙๕๓๑

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban@sikhith.go.th

“มานะ มานคร มหาศรัทธา”

ที่ นศ ๘๑๖๐๑/



องค์การบริหารส่วนตำบลสีชิต
หมู่ที่ ๑๒ ตำบลสีชิต อำเภอสีชล
จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๑๒๐

วันที่.....

เรื่อง ขอเปิดบัญชีเงินฝากคนพิการ

เรียน ผู้จัดการธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาสีชล

ด้วยองค์การบริหารส่วนตำบลสีชิต อำเภอสีชล จังหวัดนครศรีธรรมราช มีความประสงค์
จะโอนเงินเบี้ยยังชีพความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... แต่เนื่องจาก.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... ไม่สามารถเปิดบัญชีได้ด้วยตนเอง
จึงมอบให้.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
เป็นผู้เปิดบัญชีเงินฝากประเภทออมทรัพย์ ชื่อบัญชี.....
รับโอนเงินเบี้ยยังชีพความพิการจากองค์การบริหารส่วนตำบลสีชิต ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสำคัญ ศรีสุข)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสีชิต

สำนักปลัด อบต.

โทร/โทรสาร ๐ ๗๕๘๐ ๙๕๓๑

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban@sikhit.go.th

“มานะ มานคร มหาศรัทธา”

-ตัวอย่าง-

หนังสือมอบอำนาจ

ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลสีซิด
วันที่ ๑๕ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า นางอังกฤษ พิมพิใหญ่ ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ ๓ ๘๐๑๔ ๐๐๐๗๗ ๕๒ ๔ ออกให้ ณ อำเภอสีซิด เมื่อวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ อยู่บ้านเลขที่ ๗๒/๒ หมู่ที่ ๑ ตำบลสีซิด อำเภอสีซิด จังหวัดนครศรีธรรมราช

ขอมอบอำนาจให้ นางสาวฝรั่งเศส ตัวเล็ก ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ ๑ ๘๐๙๘ ๐๐๐๔๗ ๖๙ ๒ ออกให้ ณ อำเภอสีซิด เมื่อวันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๒ อยู่บ้านเลขที่ ๘๘/๑ หมู่ที่ ๑ ตำบลสีซิด อำเภอสีซิด จังหวัดนครศรีธรรมราช

เป็นผู้มีอำนาจรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการแทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะที่ชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ อังกฤษ พิมพิใหญ่ ผู้มอบอำนาจ
(นางอังกฤษ พิมพิใหญ่)

ลงชื่อ ฝรั่งเศส ตัวเล็ก ผู้รับมอบอำนาจ
(นางสาวฝรั่งเศส ตัวเล็ก)

ลงชื่อ บราจิล ไบไม้ พยาน
(นายบราจิล ไบไม้)

ลงชื่อ เดนมาร์ค กิ่งไม้ พยาน
(นายเดนมาร์ค กิ่งไม้)

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....
.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....
.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน.....แทนข้าพเจ้า "ทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว"
จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่า
ข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)



-ตัวอย่าง-

แบบคำขอมิ้บัตรประจำตัวคนพิการ

รูปถ่าย
คนพิการ
ขนาด ๑ นิ้ว
จำนวน ๒ รูป

☒ ขอมิ้บัตรครั้งแรก

☐ ขอมิ้บัตรเนื่องจาก

☐ บัตรเดิมหมดอายุ

☐ สูญหาย

☐ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

☐ ขำรุด

☐ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

๑.๑ คำนำนานาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☒ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

๑.๒ ชื่อ บาร์บิคิว นามสกุล เลย์สเด็ค

๑.๓ เกิดเมื่อวันที่ ๑๙ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๒๔

๑.๔ เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๓-๘๐๑๔-๐๐๐๑๔-๒๘-๓

๑.๕ ศาสนา ☒ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

๑.๖ สถานภาพสมรส ☒ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ หม้าย

๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ ๔๗/๘ หมู่ที่ ๗ ต.รอก/ชอย - ถนน -

หมู่บ้าน บ้านยางโพรง ตำบล/แขวง สีซิด อำเภอ/เขต สีซล

จังหวัด นครศรีธรรมราช รหัสไปรษณีย์ ๘๐๑๒๐ โทรศัพท์ -

มือถือ ๐๙ ๕๑๓๔ ๕๖๔๘ โทรสาร - e-mail -

๑.๘ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ๔๗/๘ หมู่ที่ ๗ ต.รอก/ชอย - ถนน -

หมู่บ้าน บ้านยางโพรง ตำบล/แขวง สีซิด อำเภอ/เขต สีซล

จังหวัด นครศรีธรรมราช รหัสไปรษณีย์ ๘๐๑๒๐ โทรศัพท์ -

มือถือ ๐๙ ๕๑๓๔ ๕๖๔๘ โทรสาร - e-mail -

๑.๙ การศึกษา

☐ ไม่ได้เรียน

จบการศึกษาชั้นสูงสุด

☒ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

☐ อนุปริญญา ระบุสาขาที่จบการศึกษา.....

☐ ปริญญาตรี ระบุสาขาที่จบการศึกษา.....

☐ สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

๑.๑๐ อาชีพ

☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....

ประกอบอาชีพ

☒ เกษตรกรรม ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ ลูกจ้างเอกชน

☐ รับจ้างทั่วไป ☐ ธุรกิจส่วนตัว ☐ อาชีพอื่นๆ (ระบุ).....

๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ ๒,๐๐๐ บาท/เดือน

๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว) ๖,๐๐๐ บาท

๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี) - คน

๓.๑๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

- ☐ ทางกาเห็น ☐ ทางกาได้ยินหรือสื่อความหมาย ☒ ทางกาเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
☐ ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ ทางสติปัญญา ☐ ทางกาเรียนรู้ ☐ ทางอหิสติก

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

๒.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ☐ ไม่มี ☒ มี (กรอกข้อมูลข้อ ๒.๒)

๒.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(๑) คำนำนานาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☒ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

(๒) ชื่อ ชนมจีน นามสกุล เส้นเล็ก

(๓) เลขประจำตัวประชาชน ๓-๘๐๐๔-๐๐๑๖๘-๒๗-๕

เลขหนังสือเดินทาง

(กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)

(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ☐ บิดามารดา ☒ บุตร ☐ สามีหรือภรรยา ☐ พี่น้อง

☐ ปู่ย่าตายาย ☐ ลุงป้าน้าอา ☐ บุคคลอื่น (ระบุ).....

(๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ ๑๒๓/๔ หมู่ที่ ๗ ตรอก/ซอย

ถนน

หมู่บ้าน บ้านยางโพรง

ตำบล/แขวง สีซิด

อำเภอ/เขต สีซิด

จังหวัด นครศรีธรรมราช

รหัสไปรษณีย์ ๘๐๑๒๐

โทรศัพท์

มือถือ ๐๖ ๑๒๓๔ ๕๖๗๘

โทรสาร

e-mail

(๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล ๕,๐๐๐ บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ☒ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ บาร์บิคว เลย์สเติค
 (นางบาร์บิคว เลย์สเติค)
 คนพิการ

ลงชื่อ
 (.....)
 ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน

เลขประจำตัวประชาชน

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน ☒ เห็นควร ☐ ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ แจกัน สวยจัง
 (นางแจกัน สวยจัง)
 ตำแหน่ง ผู้ช่วยเจ้าพนักงานพัฒนาชุมชน
 เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

☐ อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ

☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

☐ ความเห็นอื่นๆ.....

ลงชื่อ.....
 (.....)

ตำแหน่ง.....
 เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร



แบบคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปถ่าย
คนพิการ

หน่วยงานรับคำขอ.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

☐ ขอมิบัตรครั้งแรก

☐ ขอมิบัตรเนื่องจาก

☐ บัตรหมดอายุ

☐ ขำรุด

☐ สูญหาย

☐ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ

☐ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

๑.๑ คำนำนานาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่น ๆ (ระบุ)

๑.๒ ชื่อ..... นามสกุล.....

๑.๓ เกิดเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน

๑.๕ ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่น ๆ (ระบุ)

๑.๖ สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ หม้าย

๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

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

มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....

๑.๘ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

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

มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....

๑.๙ การศึกษา

☐ ไม่ได้เรียน

จบการศึกษาชั้นสูงสุด

☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

☐ อนุปริญญา ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

☐ ปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

☐ สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

☐ อื่น ๆ (ระบุ)

๑.๑๐ อาชีพ

☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....

ประกอบอาชีพ

☐ เกษตรกรรม ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ ลูกจ้างเอกชน

☐ รับจ้างทั่วไป ☐ ธุรกิจส่วนตัว ☐ อาชีพอื่น ๆ (ระบุ).....

๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ..... บาท/เดือน

๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว)..... บาท

๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี)คน

๓.๓๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

- ☐ ทางกาารเห็น ☐ ทางกาารได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ทางกาารเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
☐ ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ ทางสติปัญญา ☐ ทางกาารเรียนรู้ ☐ ทางออสติค

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ☐ ไม่มี ☐ มี (กรอกข้อมูลข้อ ๓.๒)

๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(๑) คำนำนานาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ(ระบุ)

(๒) ชื่อ.....นามสกุล.....

(๓) เลขประจำตัวประชาชน

เลขหนังสือเดินทาง (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)

(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ☐ บิดมารดา ☐ บุตร ☐ สามเษหรือภรรยา ☐ พี่น้อง
☐ ปู่ย่าตายาย ☐ ลุงป้าน้าอา ☐ บุคคลอื่น (ระบุ).....

(๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

หมู่บ้าน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

มือถือ.....โทรสาร.....e-mail.....

(๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล.....บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ.....

(.....)

คนพิการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน

เลขประจำตัวประชาชน

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน ☐ เห็นควร ☐ ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

☐ อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ

☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

☐ ความเห็นอื่น ๆ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ชื่อผู้รับรอง).....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการ/บัตรประจำตัวพนักงาน เลขที่.....

ตำแหน่ง.....ออกให้โดย.....

วันหมดอายุ.....มีสถานภาพเป็น

☐ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ☐ ข้าราชการ ☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ สมาชิกสภาท้องถิ่น

☐ ประธานชุมชน ☐ พนักงานราชการ ☐ ลูกจ้างประจำ (ของหน่วยงานราชการ, รัฐวิสาหกิจ) ~

อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....

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

โทรศัพท์.....ซึ่งอาศัย หรือปฏิบัติหน้าที่ อยู่ในพื้นที่เดียวกันกับคนพิการพักอาศัยอยู่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า (ชื่อผู้ดูแล).....

เป็นผู้ดูแลคนพิการชื่อ (ชื่อคนพิการ).....เลขประจำตัวประชาชน

.....จริง โดยผู้ดูแลคนพิการ มีความเกี่ยวพันเป็น.....

กับคนพิการ และเป็นผู้ดูแลคนพิการ ซึ่งปัจจุบันพักอาศัยอยู่บ้านหลังเดียวกันจริง ทั้งนี้เพื่อให้หนังสือรับรองฉบับนี้
เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา

☐ ออกบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ เปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ ☐ เพิ่มชื่อผู้ดูแลคนพิการ

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ :

- บัตรประจำตัวกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกสภาท้องถิ่น ประธานชุมชน
พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พร้อมรับรองสำเนาบัตรประจำตัวมาด้วย
- การรับรองเอกสารอันเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา

หนังสือยินยอมให้เปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....
ออกให้โดย.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....

ในฐานะเป็น ผู้พิการ / ผู้ดูแลพิการ (ชื่อเดิมที่ปรากฏในบัตรประจำตัวคนพิการ)

ข้าพเจ้ายินยอมให้เปลี่ยนแปลงผู้ดูแลใหม่ เป็น นาย/นาง/นางสาว.....
โดยผู้ดูแลคนพิการคนใหม่มีความเกี่ยวพันเป็น.....กับผู้พิการ เพื่อให้ใช้หนังสือฉบับนี้เป็น
หลักฐานประกอบการขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

แนบสำเนาบัตรประชาชนพร้อมลงลายมือชื่อ	}	ลงชื่อ	ผู้ยินยอม
		(.....)	
		ลงชื่อ.....	พยาน
		(.....)	
		ลงชื่อ.....	พยาน
		(.....)	

หมายเหตุ : การรับรองเอกสารนี้เป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางและทางอาญา



แบบคำร้องขอลงทะเบียน
เพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ปีงบประมาณ 2566

หน่วยงานรับลงทะเบียน อบต.สีซิด
วันที่ 9 เดือน เมษายน พ.ศ. 2566

1. ข้อมูลผู้ลงทะเบียน ☐ เป็นผู้ลงทะเบียนตามโครงการเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
- 1.1 ☐ บิดา ☒ มารดา ☐ ผู้ปกครอง ความสัมพันธ์กับเด็กแรกเกิด ระบุ.....
- 1.2 ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☒ นางสาว ยิ้มแย้ม มีความสุข
- 1.3 เลขประจำตัวประชาชน 1.8099.00123.79.5
- 1.4 เกิดเมื่อวันที่ 19 เดือน มกราคม พ.ศ. 2546 อายุ 20 ปี
- 1.5 สัญชาติ ไทย
- 1.6 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
บ้านเลขที่ 109 หมู่ที่ 9 อาคาร/ตึก..... ชั้น..... เลขที่ห้อง..... หมู่บ้าน บ้านทุ่งหัวมา
ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง สีซิด
อำเภอ/เขต สีซิด จังหวัด นครศรีธรรมราช รหัสไปรษณีย์ 80120
โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ 08 9657 1586
- 1.7 ที่อยู่ปัจจุบัน ☒ ใช้ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... อาคาร/ตึก..... ชั้น..... เลขที่ห้อง..... หมู่บ้าน.....
ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....
- 1.8 อาชีพ ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☒ ประกอบอาชีพ ระบุ ทำสวน
- 1.9 การศึกษา ☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ กำลังศึกษา.....
☒ จบการศึกษา (สูงสุด) ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)

2. ข้อมูลเด็ก (ตามสูติบัตร)

- 2.1 ชื่อ - นามสกุล ☒ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ศรีสติ พลเลข
- 2.2 เลขประจำตัวประชาชน 1.8098.00497.56.2
- 2.3 เกิดเมื่อวันที่ 7 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566

ข้อมูลมารดา

- 2.4 ☐ เด็กหญิง ☐ นาง ☒ นางสาว ยิ้มแย้ม มีความสุข
- 2.5 เลขประจำตัวประชาชน 1.8099.00123.79.5
- 2.6 อายุ 20 ปี 2.7 สัญชาติ ไทย

ข้อมูลบิดา

- ☐ ไม่ปรากฏบิดา
- 2.10 ☐ เด็กชาย ☒ นาย ขมมิ่ง พลเลข
- 2.11 เลขประจำตัวประชาชน 1.8059.00049.53.7
- 2.12 อายุ 27 ปี 2.13 สัญชาติ ไทย

3. ช่องทางการรับเงินอุดหนุน เลือกเพียง 1 ธนาคาร (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

☐ ธนาคารกรุงไทย ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ ☐ ธนาคาร ธ.ก.ส.ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ ☐ ธนาคาร ออมสิน ประเภทบัญชี เงินฝากเมื่อเรียก
ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....

4. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- ☒ 4.1 แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ตร.01)
☒ 4.2 แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ตร.02)
☒ 4.3 สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
☐ 4.4 หนังสือรับรองรายได้หรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่มีรายได้ประจำเป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ
พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท) จำนวน.....ใบ (ถ้ามี)
☒ 4.5 เอกสาร หรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรหรือเอกสารอื่นใดที่แสดงสถานะหรือตำแหน่งของผู้รับรองคนที่ 1 และผู้
รับรองคนที่ 2
☐ 4.6 สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
(เฉพาะผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของ
ข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ยินยอมให้นำข้อมูลในบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้
เพื่อตรวจสอบสถานะบุคคลในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร ข้อมูลทางการเงินและทรัพย์สิน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ
ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินในส่วนที่รับไปโดยไม่มีสิทธิ หรือยินยอมให้หักจากสวัสดิการอื่น หรือหักจากบัญชีเงินฝากธนาคารของข้าพเจ้าได้
ในการนี้ข้าพเจ้ายินดีรับข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็กผ่านช่องทางต่าง ๆ

(ลงชื่อ) อัมมัยน์ มิศวานสุข ผู้ลงทะเบียน
(นางอัมมัยน์ มิศวานสุข)

วันที่ลงทะเบียน 9 เมษายน 2566

(ลงชื่อ) อมรรัตน์ ชลสินธุ์ ผู้รับลงทะเบียน
(นางอมรรัตน์ ชลสินธุ์)

ตำแหน่ง ผู้ช่วยเจ้าพนักงานพัฒนาชุมชน

วันที่ลงทะเบียน 9 เมษายน 2566

.....ติดตามรอขอ.....

หมายเหตุ : สำหรับเก็บไว้เป็นหลักฐานเพื่อยืนยันการลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

1. หน่วยงานรับลงทะเบียน.....วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

1.1 ชื่อ-นามสกุล ผู้ลงทะเบียน.....

1.2 เลขประจำตัวประชาชน.....

1.3 ชื่อ - นามสกุล เด็กแรกเกิด ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง.....

1.4 เลขประจำตัวประชาชน.....

2. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- ☐ แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ตร.01)
☐ แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ตร.02)
☐ สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
☐ หนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ
พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท หรือผู้มีรายได้ประจำ) จำนวน.....ใบ
☐ เอกสาร หรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรอง
คนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2
☐ สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องขอ
ลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน



แบบรับรองสถานะของครัวเรือน
ตารางแสดงจำนวนสมาชิกและรายได้ของครัวเรือน

ส่วนที่ 1 : ผู้ลงทะเบียน

ข้อมูลสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่จริงของผู้ลงทะเบียน

(กรณีต่างดาวที่มีบัตรประจำตัวซึ่งไม่มีสัญชาติไทย) สามารถกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มได้

ลำดับ ที่	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อ นามสกุล	อายุ	ความสัมพันธ์ กับเด็ก	อาชีพ	รายได้/เดือน	บัตรสวัสดิการ แห่งรัฐ	
							มี	ไม่มี
1.	3 8014 00078 35 6	นายสุวิทย์ พาเลข	73	ปู่	ว่างงาน	700	✓	
2	3 8014 00056 72 4	นางสุดา พาเลข	68	ย่า	ว่างงาน	600	✓	
3	1 8059 00049 53 7	นายขนมปัง พาเลข	27	บิดา	ทำสวน	10,000		✓
4	1 8099 00123 79 5	นางสาวยิมนั่น มีความสุข	20	มารดา	ว่างงาน	-		✓
5	1 8027 00005 89 3	เด็กหญิงป๊อกกี้ พาเลข	8	พี่สาว	นักเรียน	-		✓
6	1 8098 00497 56 2	เด็กชายคริสตัล พาเลข	1 เดือน	เด็กแรกเกิด	-	-		✓

จำนวนสมาชิกของครัวเรือนทั้งหมด 6 คน (นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย)

รายได้รวมของครัวเรือน 135,600 บาท/ปี รายได้เฉลี่ยสมาชิกของครัวเรือน 22,600 บาท/คน/ปี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายชื่อที่ปรากฏข้างต้น เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่ติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 180 วัน ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และสถานะของครัวเรือนของข้าพเจ้าเมื่อคำนวณแล้วมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง และยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถาม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคลในบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้า หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตรงความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ระงับสวัสดิการและประโยชน์อื่น ๆ รวมทั้งเงินที่ได้รับ

ลงชื่อ ยิมนั่น มีความสุข ผู้ลงทะเบียน

(นางสาวยิมนั่น มีความสุข)

วันที่ลงทะเบียน 9 เมษายน 2566

- หมายเหตุ : 1) รายได้เฉลี่ยคำนวณจากรายได้รวมของครัวเรือนหารด้วยจำนวนสมาชิกทั้งหมดของที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้น โดยนับรวมรายได้ในรอบปีของสมาชิกทุกคนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้นติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 180 วันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยให้นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย ซึ่งสมาชิกของครัวเรือนมีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติโดยสายโลหิต หรืออยู่กินด้วยกันฉันสามีภรรยา หรือด้วยเหตุอื่นตามกฎหมาย แต่ไม่นับรวมผู้ซึ่งเป็นลูกจ้างหรือผู้ซึ่งได้อนุญาตให้อยู่อาศัยด้วย
- 2) กรณีสมาชิกในครัวเรือนเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานบริษัท ผู้มีรายได้ประจำ ให้แนบหนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือนของผู้มีรายได้ประจำ ด้วยทุกคน
- 3) กรณีสมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐทุกคน ไม่ต้องมีผู้รับรองสถานะของครัวเรือน

ส่วนที่ 2 : ผู้รับรอง

ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 1 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)		
ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☒ นางสาว อิ่มแอม	นามสกุล อิ่มจิ่ง	
ตำแหน่ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 9 สังกัดหน่วยงาน กระทรวงสาธารณสุข		
โทรศัพท์ 06 9875 2365		
☒ รับรอง เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น		
☐ ไม่รับรอง เนื่องจาก.....		
(ลงชื่อ) อิ่มแอม อิ่มจิ่ง ผู้รับรองคนที่ 1 (นางสาวอิ่มแอม อิ่มจิ่ง) ตำแหน่ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 9 วันที่ 9 เมษายน 2566		
หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 1 : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมืองพัทยา อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการชุมชน ประธานชุมชน ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนั้น ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ ต้องไม่เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน และผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลในครัวเรือนที่มีรายได้เฉลี่ยของเด็กแรกเกิด		
ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ ต้องไม่เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน และผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลในครัวเรือนที่มีรายได้เฉลี่ยของเด็กแรกเกิด		
ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 2 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)		
ข้าพเจ้า ☒ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว เชาวเลช	นามสกุล นรรัตติ	
ตำแหน่ง ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 9		
โทรศัพท์ 09 9587 6324		
☐ รับรอง เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น		
☐ ไม่รับรอง เนื่องจาก.....		
(ลงชื่อ) เชาวเลช นรรัตติ ผู้รับรองคนที่ 2 (นายเชาวเลช นรรัตติ) ตำแหน่ง ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 9 วันที่ 9 เมษายน 2566		
หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 2 : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมืองพัทยา อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการชุมชน ประธานชุมชน ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนั้น ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ		
ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ ต้องไม่เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน และผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลในครัวเรือนที่มีรายได้เฉลี่ยของเด็กแรกเกิด		



แบบคำร้องขอลงทะเบียน
เพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด บึงบรมาณ

หน่วยงานรับลงทะเบียน.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้อมูลผู้ลงทะเบียน ☐ เป็นผู้ลงทะเบียนตามโครงการเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
- 1.1 ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ ผู้ปกครอง ความสัมพันธ์กับเด็กแรกเกิด ระบุ.....
- 1.2 ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว.....
- 1.3 เลขประจำตัวประชาชน.....
- 1.4 เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี
- 1.5 สัญชาติ.....
- 1.6 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
- บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....อาคาร/ตึก.....ชั้น.....เลขที่ห้อง.....หมู่บ้าน.....
- ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
- อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
- โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
- 1.7 ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ใช้ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
- บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....อาคาร/ตึก.....ชั้น.....เลขที่ห้อง.....หมู่บ้าน.....
- ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
- อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
- โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
- 1.8 อาชีพ ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ ประกอบอาชีพ ระบุ.....
- 1.9 การศึกษา ☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ กำลังศึกษา.....
- ☐ จบการศึกษา (สูงสุด).....

2. ข้อมูลเด็ก (ตามสูติบัตร)

- 2.1 ชื่อ - นามสกุล ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง.....
- 2.2 เลขประจำตัวประชาชน.....
- 2.3 เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อมูลมารดา

- 2.4 ☐ เด็กหญิง ☐ นาง ☐ นางสาว.....
- 2.5 เลขประจำตัวประชาชน.....
- 2.6 อายุ.....ปี 2.7 สัญชาติ.....

ข้อมูลบิดา

- ☐ ไม่ปรากฏบิดา
- 2.10 ☐ เด็กชาย ☐ นาย.....
- 2.11 เลขประจำตัวประชาชน.....
- 2.12 อายุ.....ปี 2.13 สัญชาติ.....

3. ช่องทางการรับเงินอุดหนุน เลือกเพียง 1 ธนาคาร (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

☐ ธนาคารกรุงไทย ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ ☐ ธนาคาร ธ.ก.ส.ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ ☐ ธนาคาร ออมสิน ประเภทบัญชี เงินฝากเมื่อเรียก
- ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....

4. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- ☐ 4.1 แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.01)
- ☐ 4.2 แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.02)
- ☐ 4.3 สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
- ☐ 4.4 หนังสือรับรองรายได้หรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่มีรายได้ประจำเป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ
พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท) จำนวน.....ใบ (ถ้ามี)
- ☐ 4.5 เอกสาร หรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรหรือเอกสารอื่นใดที่แสดงสถานะหรือตำแหน่งของผู้รับรองคนที่ 1
และผู้รับรองคนที่ 2
- ☐ 4.6 สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
(เฉพาะผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของ
ข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ยินยอมให้นำข้อมูลในบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อ
ตรวจสอบสถานะบุคคลในฐานะข้อมูลทะเบียนราษฎร ข้อมูลทางการเงินและทรัพย์สิน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ
ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินในส่วนที่รับไปโดยไม่มีสิทธิ หรือยินยอมให้หักจากสวัสดิการอื่น หรือหักจากบัญชีเงินฝากธนาคารของข้าพเจ้าได้
ในการนี้ข้าพเจ้ายินดีรับข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็กผ่านช่องทางต่าง ๆ

(ลงชื่อ).....ผู้ลงทะเบียน (ลงชื่อ).....ผู้รับลงทะเบียน
(.....)
วันที่ลงทะเบียน..... ตำแหน่ง.....
วันที่ลงทะเบียน.....
.....ติดตามรอยปรุ.....

หมายเหตุ : สำหรับเก็บไว้เป็นหลักฐานเพื่อยืนยันการลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

1. หน่วยงานรับลงทะเบียน.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

1.1 ชื่อ-นามสกุล ผู้ลงทะเบียน.....

1.2 เลขประจำตัวประชาชน.....

1.3 ชื่อ - นามสกุล เด็กแรกเกิด ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง.....

1.4 เลขประจำตัวประชาชน.....

2. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- ☐ แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.01)
- ☐ แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.02)
- ☐ สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
- ☐ หนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ
พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท หรือผู้มีรายได้ประจำ) จำนวน.....ใบ
- ☐ เอกสาร หรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรอง
คนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2
- ☐ สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องขอ
ลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน
(.....)
ตำแหน่ง.....



แบบรับรองสถานะของครัวเรือน
ตารางแสดงจำนวนสมาชิกและรายได้ของครัวเรือน

ส่วนที่ 1 : ผู้ลงทะเบียน

ข้อมูลสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่จริงของผู้ลงทะเบียน

(กรณีต่างคำว่ามีบัตรประจำตัวซึ่งไม่มีสัญชาติไทย) สามารถกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มได้

ลำดับ ที่	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อ นามสกุล	อายุ	ความสัมพันธ์ กับเด็ก	อาชีพ	รายได้/เดือน	บัตรสวัสดิการ แห่งรัฐ	
							มี	ไม่มี

จำนวนสมาชิกของครัวเรือนทั้งหมด.....คน (นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย)

รายได้รวมของครัวเรือน.....บาท/ปี รายได้เฉลี่ยสมาชิกของครัวเรือน.....บาท/คน/ปี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายชื่อที่ปรากฏข้างต้น เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่ติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 180 วัน ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และสถานะของครัวเรือนของข้าพเจ้าเมื่อคำนวณแล้วมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง และยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถาม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ในบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้า หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตรงความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ระงับสวัสดิการและประโยชน์อื่น ๆ รวมทั้งคืนเงินที่ได้รับ

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน

(.....)

วันที่ลงทะเบียน.....

- หมายเหตุ : 1) รายได้เฉลี่ยคำนวณจากรายได้รวมของครัวเรือนหารด้วยจำนวนสมาชิกทั้งหมดของที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้น โดยนับรวมรายได้ในรอบปีของสมาชิกทุกคนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้นติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 180 วันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยให้นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย ซึ่งสมาชิกของครัวเรือนมีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติโดยสายโลหิต หรืออยู่กินด้วยกันฉันสามีภรรยา หรือด้วยเหตุอื่นตามกฎหมาย แต่ไม่นับรวมผู้ซึ่งเป็นลูกจ้างหรือผู้ซึ่งได้อนุญาตให้อยู่อาศัยด้วย
- 2) กรณีสมาชิกในครัวเรือนเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานบริษัท ผู้มีรายได้ประจำ ให้แนบหนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือนของผู้มีรายได้ประจำ ด้วยทุกคน
- 3) กรณีสมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐทุกคน ไม่ต้องมีผู้รับรองสถานะของครัวเรือน

ส่วนที่ 2 : ผู้รับรอง

ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 1 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว นามสกุล.....

ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน

โทรศัพท์.....

- ☐ รับรอง ผู้ลงทะเบียนอาศัยอยู่ในพื้นที่ของข้าพเจ้า เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น
- ☐ ไม่รับรอง เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 1

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 1 : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมืองพัทยา อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร คณะกรรมการชุมชนของกรุงเทพมหานคร ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนั้น กรณีกรุงเทพมหานคร หากไม่มีผู้รับรองคนที่ 1 ให้ข้าราชการที่ดำรงตำแหน่งในระดับปฏิบัติการขึ้นไปหรือเทียบเท่าที่ปฏิบัติหน้าที่ในกรุงเทพมหานครเป็นผู้รับรองได้

ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 2 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว นามสกุล.....

ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน

โทรศัพท์.....

- ☐ รับรอง ผู้ลงทะเบียนอาศัยอยู่ในพื้นที่ของข้าพเจ้า เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น
- ☐ ไม่รับรอง เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 2

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 2 : ประธานอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำตำบล ประธานชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการสถานบริการสาธารณสุขในระดับตำบล ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่นที่ดำรงตำแหน่งในระดับปฏิบัติการขึ้นไป หรือเทียบเท่า ที่ปฏิบัติหน้าที่ในท้องที่หรือท้องถิ่นแห่งนั้น (ต้องมีใช้ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับมอบหมาย ในการรับลงทะเบียน)

ส่วนที่ 3 : การปิดประกาศ (สำหรับหน่วยงานรับลงทะเบียน)

เด็กหญิง/เด็กชาย/นาย/นางสาว.....

เป็นผู้ปกครองที่มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ที่ได้ปิดประกาศ 15 วันแล้ว

ตามประกาศ (ชื่อ อปท.)..... ลงวันที่..... ลำดับที่.....

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน

(.....)

วันที่



แบบคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิผู้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

วันที่ยื่นคำร้อง.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ยื่นคำร้อง

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล/นายกเทศมนตรีเทศบาล/นายกเมืองพัทยา/ผู้อำนวยการเขต.....

ข้าพเจ้า ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว

เลขประจำตัวประชาชน - - -

มีความประสงค์ยื่นคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิผู้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดของ

เด็กชาย/เด็กหญิง.....

โดยขอเปลี่ยนแปลงผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

จาก เด็กชาย/เด็กหญิง/นาย/นาง/นางสาว.....

เป็น เด็กชาย/เด็กหญิง/นาย/นาง/นางสาว.....

เนื่องจาก.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับคำร้อง
ตำแหน่ง.....

ส่วนที่ 2

เรียน อธิบดีกรมกิจการเด็กและเยาวชน/พัฒนาสังคมและความมั่นคง
ของมนุษย์จังหวัด.....

พร้อมนี้ได้แนบ แบบ ดร.01 และ แบบ ดร.02 มาเรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....
(.....)

ผอ.สำนักงานเขต/นายก อบต./นายกเทศมนตรีเทศบาล/

นายกเมืองพัทยา.....

วันที่.....

ส่วนที่ 3 การพิจารณาข้อเท็จจริง

ได้พิจารณาข้อเท็จจริงตามเหตุผลที่ระบุแล้ว พบว่า

☐ ผู้ยื่นคำร้องเป็นผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนได้
ตามคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิฯ

☐ ผู้ยื่นคำร้องเป็นผู้ไม่มีสิทธิรับเงินอุดหนุนได้
ตามคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิฯ

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
(.....)

อธิบดีกรมกิจการเด็กและเยาวชน/

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด.....

วันที่.....

-ตัวอย่าง-



แบบ ศผส.๐๑

แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลสีซัด

วัน ๒๐ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ส่วนที่ ๑ : สำหรับผู้ยื่นขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) สวัสดิการ ประเพณี อายุ ๔๕ ปี เลขประจำตัวประชาชน ๓ ๘๐๑๔ ๐๐๐๑๙ ๔๕ ๒
ออกให้โดย กรมการปกครอง วันออกบัตร ๑๙ มกราคม ๒๕๖๖ วันหมดอายุ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ อาชีพ ทำสวน
อยู่บ้านเลขที่ ๔๙/๙ หมู่ที่ ๙ ตระก/ชอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง สีซัด
อำเภอ/เขต สีซัด จังหวัด นครศรีธรรมราช รหัสไปรษณีย์ ๘๐๑๒๐ โทรศัพท์.....
โทรศัพท์มือถือ ๐๙ ๙๑๒๓ ๔๕๖๗

มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ถึงตายในฐานะเป็น บุตร และเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุ
โดยได้รับความยินยอมจากบิดา/มารดา/บุตรที่น้องหรือญาติของผู้สูงอายุที่ตายให้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุที่ตาย

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) กันยายน พุทธศักราช อายุ ๗๕ ปี เลขประจำตัวประชาชน ๓ ๘๐๑๔ ๐๐๔๘๙ ๕๓ ๑

ออกให้โดย กรมการปกครอง วันออกบัตร ๕ เมษายน ๒๕๖๕ วันหมดอายุ ตลอดชีพ

โดยอาศัยอยู่บ้านเลขที่ ๔๙/๓ หมู่ที่ ๙ หมู่บ้าน บ้านทุ่งหัวนา ตระก/ชอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง สีซัด อำเภอ/เขต สีซัด จังหวัด นครศรีธรรมราช รหัสไปรษณีย์ ๘๐๑๒๐

ถึงแก่กรรมด้วยสาเหตุ โรคหลอดเลือดอุดตัน เมื่อวันที่ ๒ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ตามใบมรณบัตรเลขที่ ๓๔๕/๒๕๖๖ ออกให้โดย สำนักทะเบียนอำเภอสีซัด เมื่อวันที่ ๒ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าไม่เคยได้รับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุ
รายนี้มาก่อน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและข้อมูลในบัตรประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไป
ใช้แก่หน่วยงานของรัฐและยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถามและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่
เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาจัดสรรสวัสดิการและหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามกฎหมายของรัฐ
และหรือเพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้ถือว่าคู่ฉบับและบรรดาสำเนา ภาพถ่าย
ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสารที่ทำขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้า
เช่นเดียวกัน

(ลงชื่อ) สวัสดิการ ประเพณี ผู้ยื่นคำขอ

(นางสวัสดิการ ประเพณี)

วันที่ ๒๐/มีนาคม/๒๕๖๖

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลผู้ให้การรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

เขียนที่ ทำการผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ ๙

วัน ๒๐ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ประโยชน์ ข้าราชการ ตำแหน่ง ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ ๙

สังกัดหน่วยงาน กรมการปกครอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๓ ๘๐๑๔ ๐๐๐๑๙ ๔๕ ๒

ออกให้โดย กรมการปกครอง วันออกบัตร ๑๐ มกราคม ๒๕๖๕ วันหมดอายุ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๘

อยู่บ้านเลขที่ ๑๐๙ หมู่ที่ ๙ ตระก/ชอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง สีซัด

อำเภอ/เขต สีซัด จังหวัด นครศรีธรรมราช รหัสไปรษณีย์ ๘๐๑๒๐ โทรศัพท์ ๐๙ ๙๑๒๓ ๔๕๖๗

ขอรับรองว่าผู้ยื่นคำขอเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุรายนี้จริง

(ลงชื่อ) ประโยชน์ ข้าราชการ ผู้รับรอง

(นายประโยชน์ ข้าราชการ)

ตำแหน่ง ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ ๙

วันที่ ๒๐/มีนาคม/๒๕๖๖

-ตัวอย่าง-



แบบ ศผส.๐๒

แบบรับรองการมีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ
แต่ยังไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียนบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

เขียนที่ ที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ ๙

วัน ๒๐ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ประโยชน์ ขาวสาร ตำแหน่ง ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ ๙

สังกัดหน่วยงาน กรมการปกครอง อายุ ๓๙ ปี

เลขประจำตัวประชาชน ๓ ๘๐๑๔ ๐๐๐๑๙ ๔๕ ๒ ออกให้โดย กรมการปกครอง

วันออกบัตร ๓๐ มกราคม ๒๕๖๕ วันหมดอายุ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๗๑ อยู่บ้านเลขที่ ๓๐๙ หมู่ที่ ๙ หมู่บ้าน บ้านทุ่งหัวนา
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง สีซิด อำเภอก/เขต สีซล

จังหวัด นครศรีธรรมราช รหัสไปรษณีย์ ๘๐๑๒๐ โทรศัพท์ ๐๙ ๔๑๒๓ ๔๕๖๗

อำเภอก/เขต สีซล จังหวัด นครศรีธรรมราช รหัสไปรษณีย์ ๘๐๑๒๐ โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ ๐๙ ๔๑๒๓ ๔๕๖๗

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้สูงอายุที่ตายชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) กันยายน พุทธศักราช อายุ ๗๕ ปี

มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ แต่ยังไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียนบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและข้อมูลในบัตรประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไป
ใช้แก่หน่วยงานของรัฐและยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถามและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่
เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาจัดสรรสวัสดิการและหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามกฎหมายของรัฐ และหรือ
เพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้ถือว่าเป็นคู่ฉบับและบรรดาสำเนาภาพถ่าย
ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสารที่ทำขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้า
เช่นเดียวกัน

(ลงชื่อ) ประโยชน์ ขาวสาร ผู้รับรอง
(นายประโยชน์ ขาวสาร)
ตำแหน่ง ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ ๙
วันที่ ๒๐/มีนาคม/๒๕๖๖

หมายเหตุ : ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายองค์การบริหารส่วนตำบลหรือ
นายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน เป็นผู้ให้การรับรองผู้สูงอายุที่ตายโดยผู้ยื่นคำขอและผู้รับรอง ต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน

-ตัวอย่าง-

เลขที่.....

แบบแจ้งข้อมูลการขอรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online

วัน ๒๐ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

เรียน

ข้าพเจ้า นางสาวสตีการ ประเพณี

ตำแหน่ง.....

เลขประจำตัวประชาชน ๓ ๘๐๑๔ ๐๐๐๑๔ ๔๕ ๒

สำนัก/กอง/ศูนย์.....สังกัดกรม.....

กระทรวง.....

อยู่บ้านเลขที่ ๔๔/๔ หมู่ที่ ๔ ตระก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง สีซิด

อำเภอ/เขต สีซล จังหวัด นครศรีธรรมราช รหัสไปรษณีย์ ๘๐๑๒๐ โทรศัพท์มือถือ ๐๙ ๙๑๒๓ ๔๕๖๗

ขอรับเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร มาเพื่อเป็นหลักฐานด้วยแล้ว

กรณีเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ ที่สังกัดส่วนราชการผู้จ่าย

☐ เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ใช้สำหรับรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน

☐ บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารอื่น ตามที่ (หัวหน้าส่วนราชการผู้เบิก) อนุญาต

☐ บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

☐ กรณีเป็นบุคคลภายนอกเพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร กรุงเทพ สาขา สีซล

ประเภท ออมทรัพย์ เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร ๙๑๒๓๔๕๖๗๘๙๐

และเมื่อ.....โอนเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online แล้ว ให้ส่งข้อมูล การโอนเงินผ่านช่องทาง

☒ ข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ (SMS) ที่เบอร์โทรศัพท์ ๐๙ ๙๑๒๓ ๔๕๖๗

☐ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ตาม e-mail address.....

(ลงชื่อ) สวีสตีการ ประเพณี ผู้มีสิทธิรับเงิน
(นางสาวสตีการ ประเพณี)

หมายเหตุ : เลขที่ของแบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online ให้ระบุหมายเลขเรียง
กำกับเรียงกันไปทุกฉบับ เพื่อประโยชน์ในการจัดทำทะเบียนคุมการโอนเงิน



แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

เขียนที่.....

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 1 : สำหรับผู้ยื่นขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน.....
ออกให้โดย.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....อาชีพ.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
โทรศัพท์มือถือ.....

มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ถึงตายในฐานะเป็น.....และเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุ
โดยได้รับความยินยอมจากบิดา/มารดา/บุตร/พี่น้อง/เครือญาติ/ของผู้สูงอายุที่ตายให้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุที่ตาย
ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน.....
ออกให้โดย.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....
โดยอาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
ถึงแก่กรรมด้วยสาเหตุ.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ตามใบมรณบัตรเลขที่.....ออกให้โดย.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าไม่เคยได้รับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุ
รายนี้มาก่อน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและข้อมูลในบัตรประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้แก่หน่วยงาน
ของรัฐและยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถามและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการ
พิจารณาจัดสรรสวัสดิการและหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินตามกฎหมายของรัฐ และหรือนำเพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือ
ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้ถือว่าคู่มือฉบับและบรรดาสำนวน ภาพถ่าย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสารที่ทำขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้
เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้าเช่นเดียวกัน

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่...../...../.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้ให้การรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

เขียนที่.....

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....
สังกัดหน่วยงาน.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
ออกให้โดย.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่าผู้ยื่นคำขอเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุรายนี้จริง

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

คำชี้แจง

1. ผู้ยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี ซึ่งได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้องของผู้สูงอายุ ที่เสียชีวิต รวมทั้งมูลนิธิ สมาคม วัดมัสยิด โบสถ์
2. ผู้ให้การรับรองในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี หมายถึง ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน หรือผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ผู้ปกครองสถานสงเคราะห์ ผู้ปกครองสถานดูแล ผู้อำนวยการสถานคุ้มครอง หรือผู้ปกครองสถานใดๆของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
3. คุณสมบัติผู้สูงอายุ
 - (1) มีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป
 - (2) มีสัญชาติไทย
 - (3) ผู้สูงอายุที่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เว้นแต่ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ แต่ยังไม่มียบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียน ให้ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน เป็นผู้รับรอง
4. หลักฐานการยื่นคำขอ
 - (1) ใบมรณบัตรของผู้สูงอายุ
 - (2) บัตรสวัสดิการแห่งรัฐของผู้สูงอายุ
 - (3) บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายและเลขประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ
 - (4) สมุดบัญชีธนาคารหรือเลขที่บัญชีธนาคารของผู้ยื่นคำขอ เว้นแต่ประสงค์จะขอรับเงินสดให้ดำเนินการตามระเบียบของทางราชการ
 - (5) หนังสือรับรองเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพตามประเพณี
5. การยื่นคำขอ ยื่นภายใน 6 เดือนนับตั้งแต่วันออกใบมรณบัตร โดยยื่นคำขอในท้องที่ที่ผู้สูงอายุมีชื่อในทะเบียนบ้าน หรือภูมิลำเนาที่ถึงแก่ความตาย ในขณะที่ถึงแก่ความตาย ดังต่อไปนี้
 - (1) ในกรุงเทพมหานคร ให้ยื่นคำขอที่สำนักงานเขต สังกัดกรุงเทพมหานคร
 - (2) ในจังหวัดอื่นให้ยื่นคำขอต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หรือที่ว่าการอำเภอ หรือเมืองพัทยา หรือเทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบล
6. ผู้ยื่นคำขอและผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน



แบบรับรองการมีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ
แต่ยังไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียนบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน ออกให้โดย.....

วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้สูงอายุที่ตายชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ แต่ยังไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียนบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและข้อมูลในบัตรประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้า
ไปใช้แก่หน่วยงานของรัฐและยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถามและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐ
ที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาจัดสรรสวัสดิการและหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามกฎหมายของรัฐ และหรือ
เพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้ถือว่าเป็นคู่ฉบับและบรรดาสำเนาภาพถ่าย
ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสารที่ทำขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้า
เช่นเดียวกัน

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ผู้อำนวยเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองคการบริหารส่วนตำบล
หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน เป็นผู้ให้การรับรองผู้สูงอายุที่ตายโดยผู้ยื่นคำขอและผู้รับรอง ต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน

เลขที่.....

แบบแจ้งข้อมูลการขอรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....

เลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

สำนัก/กอง/ศูนย์.....สังกัดกรม.....

กระทรวง.....

อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....

ขอรับเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร
มาเพื่อเป็นหลักฐานด้วยแล้ว

กรณีเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ ที่สังกัดส่วนราชการผู้จ่าย

☐ เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ใช้สำหรับรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน

☐ บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารอื่น ตามที่ (หัวหน้าส่วนราชการผู้เบิก) อนุญาต

☐ บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

☐ กรณีเป็นบุคคลภายนอกเพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

และเมื่อ.....โอนเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online แล้ว ให้ส่งข้อมูล
การโอนเงินผ่านช่องทาง

☐ ข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ (SMS) ที่เบอร์โทรศัพท์.....

☐ จัดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ตาม e-mail address

(ลงชื่อ).....ผู้มีสิทธิรับเงิน

(.....)

หมายเหตุ : เลขที่ของแบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online ให้ระบุหมายเลขเรียง
กำกับเรียงกันไปทุกฉบับ เพื่อประโยชน์ในการจัดทำทะเบียนคุมการโอนเงิน

องค์การบริหารส่วนตำบลเอ็ดชิต

หมู่ที่ ๑๒ ตำบลเอ็ดชิต อำเภอลำดวน จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๑๒๐

โทรศัพท์/โทรสาร ๐ ๙๕๘๐ ๙๓๕๑

WWW.SIKHIT.GO.TH

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban@sikhit.go.th



อบต.เอ็ดชิต อ.ลำดวน