



คู่มือการปฏิบัติงานเบี้ยยังชีพ

- ⇒ การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- ⇒ การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ
- ⇒ การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์



สัญลักษณ์ผู้สูงอายุ



สัญลักษณ์คนพิการ



สัญลักษณ์วันเอดส์โลก

องค์การบริหารส่วนตำบลหวายเหนือ

โทร ๐๓๔-๕๔๓๐๓๗

โทรสาร ๐๓๔-๕๔๓๐๓๗ ต่อ ๑๘

คำนำ

องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยเหนียว มีภารกิจหลักในการปฏิบัติงานเบี้ยยังชีพ ให้กับผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยเอดส์ โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วย หลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุของ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒ ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๔) พ.ศ.๒๕๖๒ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพขององค์การ ปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘

เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้อง มีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ ความสะดวกรวดเร็วและถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าว องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยเหนียว จึงได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ขึ้น องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยเหนียว หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือเล่มนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิ พึงได้รับและเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ตลอดจนเป็นเกณฑ์การลดดุลพินิจของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน เพื่อ ประโยชน์สูงสุดในการบริการประชาชนต่อไป

องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยเหนียว
อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี

เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

- ๑) มีสัญชาติไทย
- ๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยเหนียว (ตามทะเบียนบ้าน)
- ๓) เป็นผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ (ปัจจุบันอายุ ๕๙ ปี บริบูรณ์ นับจนถึงวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๕ เกิดก่อนวันที่ ๒ กันยายน ๒๕๐๕)
- ๔) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใด จากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่
 - (ก) ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน
 - (ข) ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 - (ค) ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ

* บุคคลตาม (ก) (ข) หรือ (ค) ไม่รวมถึงผู้พิการหรือผู้ป่วยเอดส์ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘ หรือผู้ที่ได้รับสวัสดิการอื่นตามกฎหมายคุ้มครอง

หมายเหตุ : กรณีผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ย้ายภูมิลำเนาไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้สูงอายุจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ นับแต่วันที่ย้ายแต่ไม่เกินเดือนพฤศจิกายนของปีนั้น โดยจะได้รับเงินจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมจนถึงสิ้นปีงบประมาณ (กันยายน) และรับเงินที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ในปีงบประมาณถัดไป (ตุลาคม)

ขั้นตอนการยื่นคำขอเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ภายในเดือนตุลาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน และเดือนมกราคม ถึง เดือนกันยายน ให้ผู้สูงอายุรายใหม่ที่ยังไม่เคยลงทะเบียนมาก่อน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์แล้ว และผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป (นับอายุ จนถึงวันที่ ๑ กันยายน) มาลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุด้วยตนเองได้ อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนได้ โดยยื่นลงทะเบียน องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยเหนียว ในวันและเวลาราชการ

เอกสาร-หลักฐาน
ประกอบแบบคำขอลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑. บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา
๒. ทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้าน พร้อมสำเนา
๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารใดก็ได้ พร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขที่บัญชี)

หมายเหตุ : ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ อาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับ องค์การบริหารส่วนตำบลทวายเหนือ พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ

การได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

- ◆ จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับในปัจจุบัน
- ◆ การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คิดในอัตราเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได

แบบขั้นบันได หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วง ๆ หรือเป็นขั้นขึ้นไปเรื่อย ๆ โดยเริ่มตั้งแต่อายุ ๖๐ ปี

ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุรายเดือน
(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

- ① ผู้สูงอายุที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์แล้ว แต่ยังไม่เคยลงทะเบียนฯ แล้วมาลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ย ยังชีพผู้สูงอายุตั้งแต่ตุลาคม ถึง พฤศจิกายน ๒๕๖๓ และเดือนมกราคม ถึง กันยายน ๒๕๖๔ จะมีสิทธิ ได้รับเงินตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ เป็นต้นไป
- ② ผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ในปีงบประมาณถัดไป (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕) ที่มา ลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตั้งแต่ตุลาคม ถึง พฤศจิกายน ๒๕๖๓ และเดือนมกราคม ถึง กันยายน ๒๕๖๔ จะมีสิทธิ ได้รับเงินในเดือนถัดไปจากเดือนที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์
- ③ การคำนวณอายุของผู้สูงอายุรายเดิม จะคำนวณตามปีงบประมาณไม่ใช่ปฏิทิน ไม่มีการเพิ่ม เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ในระหว่างปีงบประมาณ



วิธีคำนวณอายุของผู้สูงอายุ

การนับอายุว่าจะอยู่ในขั้นที่เท่าไร ให้นับ ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ของทุกปีเท่านั้น เช่น

๑) นาง ก. เกิด ๓๐ กันยายน ๒๔๘๘ ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ นาง ก. จะอายุ ๗๕ ปี หมายความว่า นาง ก. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๓๐๐ บาท ในเดือนตุลาคม ๒๕๖๓ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๔)

๒) นาง ข. เกิด ๑ ตุลาคม ๒๔๘๓ ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ นาง ข. จะอายุ ๘๐ ปี หมายความว่า นาง ข. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๘๐๐ บาท ในเดือนตุลาคม ๒๕๖๓ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๔)

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

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

การนับรอบปีงบประมาณ คือ ๑ ตุลาคม ถึง ๓๐ กันยายน เช่น
ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔
ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕

การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑. ตาย

๒. ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖

๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เป็นหนังสือต่อองค์การบริหารส่วนตำบลหลายเหนียว





หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง
๒. เมื่อย้ายภูมิลำเนาไปอยู่แห่งอื่น ต้องแจ้งให้องค์การบริหารส่วนตำบลหวายเหนียวได้รับทราบ ภายในเดือนพฤศจิกายน ของปีนั้น

การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

กรมบัญชีกลางจะเป็นผู้ดำเนินการโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้มีสิทธิ/ผู้ได้รับมอบอำนาจ ทุกวันที่ ๑๐ ของเดือน ทั้งนี้ขอให้ผู้สูงอายุที่รับเงินโดยโอนเข้าบัญชี ตรวจสอบการโอนเงิน ในวันที่ ๑๑ ของทุกเดือน หากท่านใดไม่ได้รับการโอน กรุณาติดต่อ องค์การบริหารส่วนตำบลหวายเหนียว



เบี้ยยังชีพผู้พิการ



คุณสมบัติของผู้มีสิทธิลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

ตรวจสอบคุณสมบัติของตัวเอง ดังนี้

- ๑) มีสัญชาติไทย
- ๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหายเหินยว
- ๓) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วย การส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- ๔) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของ สถานสงเคราะห์

กรณีที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนึ่ง และได้ย้ายไปอยู่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นหรือกรุงเทพมหานคร เมื่อคนพิการนั้น ได้ไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการต่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ได้ย้ายภูมิลำเนาไป และให้้องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นแห่งใหม่จ่ายเบี้ยความ พิการได้ในเดือนถัดไป แต่ทั้งนี้ จะดำเนินการจ่ายเงินเบี้ยความพิการได้ จะต้องได้รับการยืนยันจากองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นเดิมที่จ่ายเงินเบี้ยความพิการ ว่าได้ประกาศถอน ถอนรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป แล้ว เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน

ตัวอย่างบัตรและสมุดประจำตัวคนพิการ

ตัวอย่างบัตรและสมุดประจำตัวคนพิการ



แบบเก่า



ด้านหน้า

ด้านหลัง

แบบใหม่

**ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ
ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม “แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ”**

๑. บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการฉบับจริง พร้อมสำเนา
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
๓. สำเนาทะเบียนบ้าน
๔. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร

ให้คนพิการที่ได้จดทะเบียนคนพิการ ตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการมา ลงทะเบียน และยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเอง ณ องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยเหนือ ซึ่งจะได้รับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป

**หมายเหตุ : กรณีที่คนพิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้
ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทน แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการไปแสดงต่อ
เจ้าหน้าที่ด้วย**



การจ่ายเงินเบี้ยความพิการ

กรมบัญชีกลางจะเป็นผู้ดำเนินการโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้มีสิทธิ/ ผู้ได้รับมอบอำนาจ ทุกวันที่ ๑๐ ของเดือน ทั้งนี้ขอให้ผู้พิการที่รับเงินโดยโอนเข้าบัญชีตรวจสอบการโอนเงินในวันที่ ๑๑ ของทุกเดือน หากท่านใดไม่ได้รับการโอน กรุณาติดต่อองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยเหนือ

การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยความพิการ

๑. ตาย
๒. ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖
๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยความพิการเป็นหนังสือต่อองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยเหนือ

หน้าที่ของผู้รับเบี้ยความพิการ

๑. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง
๒. ตรวจสอบวันหมดอายุของบัตรประจำตัวคนพิการ เนื่องจาก ถ้าบัตรประจำตัวคนพิการหมดอายุ จะถูกระงับการจ่ายเงิน
๓. เมื่อย้ายภูมิลำเนาไปอยู่แห่งอื่น ต้องแจ้งให้องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยเหนือได้รับทราบทันที เพื่อจะได้ไม่เสียสิทธิ



ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ

- ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยออกไปรับรองความพิการ
- ดำเนินการทำบัตรประจำตัวความพิการ ได้ที่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์จังหวัดกาญจนบุรี (ศาลากลางจังหวัดกาญจนบุรี ชั้น ๑) หรือ ณ องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยเหนียว

หลักฐานที่ใช้มีดังนี้

- ๒.๑ ใบรับรองความพิการที่รับรองโดยแพทย์เฉพาะทาง (ออกจากทางโรงพยาบาล)
 - ๒.๒ รูปถ่ายคนพิการหน้าตรง ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
 - ๒.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
 - ๒.๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
 - ๒.๕ ถ้าคนพิการจะมีผู้ดูแล ให้นำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ดูแล อย่างละ ๑ ฉบับ
๓. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อทำบัตรประจำตัวคนพิการ ให้นำหลักฐานตามข้อ ๒.๔ และ ๒.๕ มาด้วย

การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

การดำเนินการต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ สามารถต่อได้ที่ สำนักงานพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกาญจนบุรี (ศาลากลางจังหวัดกาญจนบุรี ชั้น ๑) หรือ ณ องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยเหนียว

หลักฐานที่ใช้ มีดังนี้

๑. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม
๒. รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
๔. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
๕. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อ ให้นำหลักฐาน ตามข้อ ๓ และ ๔ มาด้วย

การเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ

การดำเนินการเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ สามารถติดต่อได้ที่ สำนักงานพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกาญจนบุรี (ศาลากลางจังหวัดกาญจนบุรี ชั้น ๑)

หลักฐานที่ใช้ มีดังนี้

๑. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม
๒. รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านคนพิการ
๔. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้ดูแลเดิม
๕. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้ดูแลใหม่ (หลักฐานข้อ ๓-๕ อย่างละ ๑ ฉบับ)
๖. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ
๗. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้รับรอง จำนวน ๑ ฉบับ
(กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภา อบต. หรือข้าราชการ ระดับ ๓ ขึ้นไป)

เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

คุณสมบัติผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยเหนียว
๒. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้งหรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

ขั้นตอนการยื่นคำขอเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ จะต้องมิใช่รับรองแพทย์ซึ่งออก ให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
๒. การยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยเหนียว ในกรณีที่ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอด้วยตนเองได้ อาจจะมีมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้ โดยใช้หลักฐานดังนี้
 - ๒.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
 - ๒.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง พร้อมสำเนา
 - ๒.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง พร้อมสำเนา
 - ๒.๔ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารใดก็ได้ พร้อมสำเนา

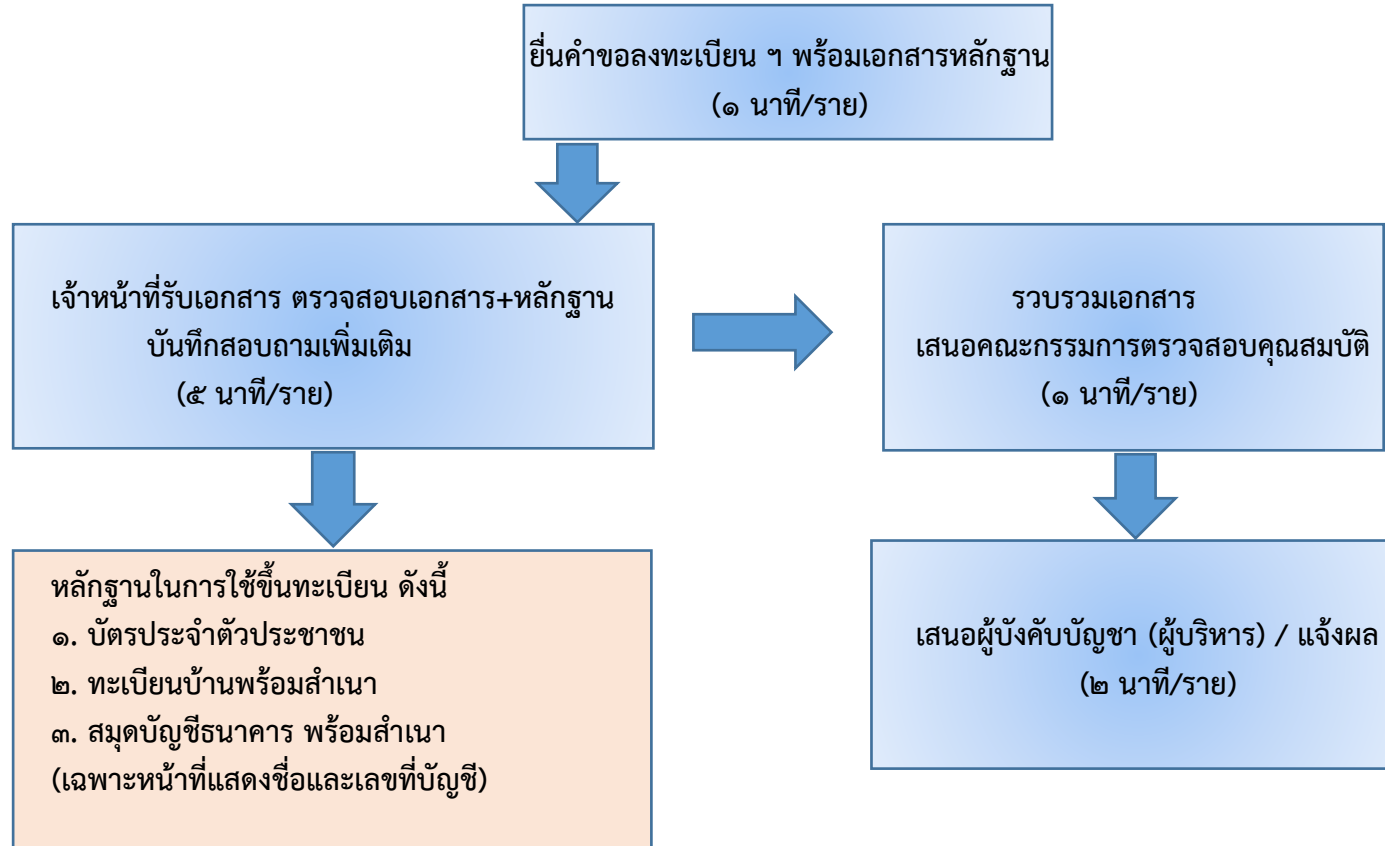
ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. กรณีผู้ป่วยเอดส์เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการหรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพได้ทุกกรณี
๒. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อยู่แล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่แห่งใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่) ซึ่งถ้าไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพ ๗ จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนาเท่านั้น

**ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่า ป่วยเป็นโรคเอดส์ / AIDS เท่านั้น
หากระบุว่าเป็น HIV หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง
จะไม่เข้าหลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์**

ภาคผนวก

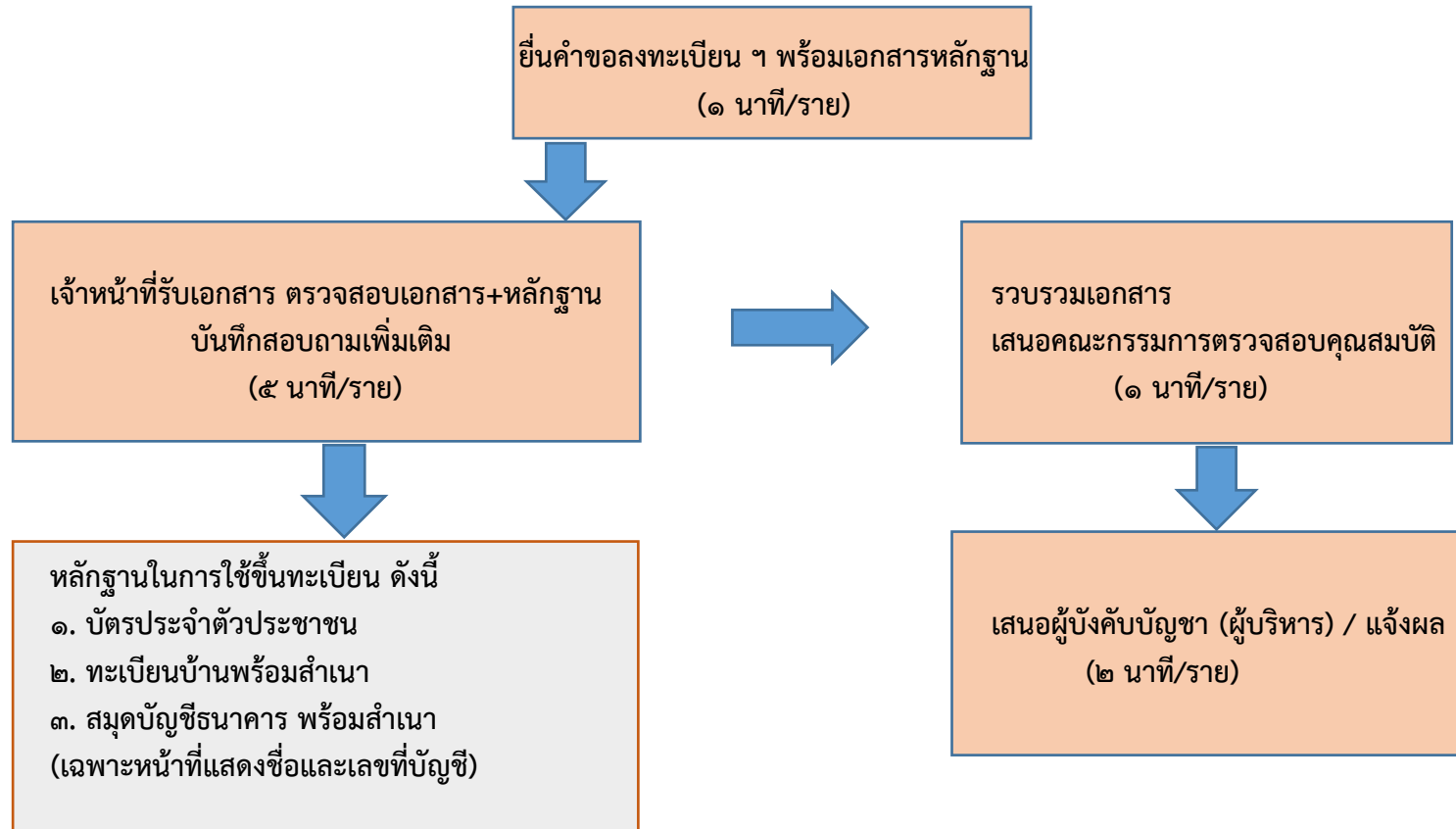
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
(การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ)



ขั้นตอนการรับลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เดิม ๑๐ นาที / ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๘ นาที / ราย

หมายเหตุ : รับขึ้นทะเบียนทุกเดือน หรือตามระเบียบที่กำหนด

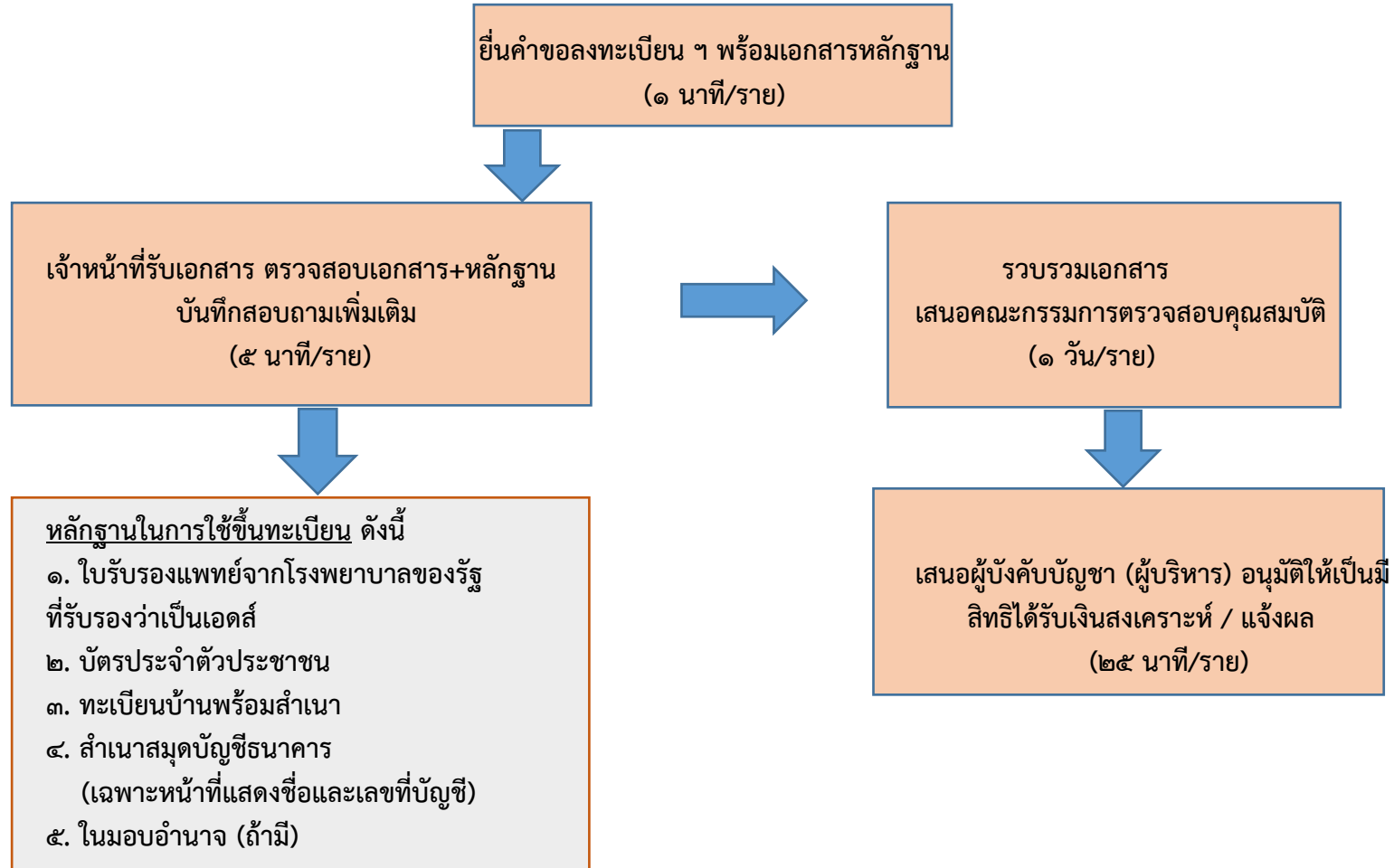
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
(การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ)



ขั้นตอนการรับลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ เดิม ๑๐ นาที / ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๘ นาที / ราย

หมายเหตุ : รับขึ้นทะเบียนทุกเดือน หรือตามระเบียบกำหนด

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
(การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์)



ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์เดิม ๓ วัน / ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๑ วัน / ราย

หมายเหตุ : รับขึ้นทะเบียนทุกเดือน หรือตามระเบียบกำหนด

สารพันคำถาม

ถาม ผู้สูงอายุที่อยู่ในคุก สามารถขึ้นทะเบียนได้หรือไม่ ?

ตอบ ขึ้นทะเบียนได้ เพราะถือว่าเป็นผู้มีสิทธิตามระเบียบ โดยมอบอำนาจให้ ผู้ บัญชาการเรือนจำ ผู้อำนวยการทัณฑสถาน หรือเจ้าหน้าที่ผู้บัญชาการ เรือนจำมอบหมายรับลงทะเบียนและนำมายื่นต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามภูมิลำเนาของผู้มีสิทธิ โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือ วันที่ลงทะเบียนในรูปแบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็น สำคัญ

ถาม บุคคลที่เป็นโรคเรื้อนและได้รับเงินจากกรมควบคุมโรค สามารถลงทะเบียน ผู้สูงอายุได้หรือไม่

ตอบ ลงทะเบียนได้

ถาม ถ้าผู้สูงอายุรับเงินเบี้ยความพิการและผู้ป่วยเอดส์ อยู่แล้ว จะสามารถ ลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้หรือไม่

ตอบ ได้

ถาม พระภิกษุสงฆ์สามารถลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้หรือไม่

ตอบ ได้ ยกเว้น พระภิกษุสงฆ์ที่ได้รับเงินเดือน (เงินนิตยภัต) เช่น เจ้าอาวาส เจ้า คณะตำบล เป็นต้น

ถาม ข้าราชการที่รับเงินบำนาญ สามารถลงทะเบียนผู้สูงอายุได้หรือไม่

ตอบ ได้

ถาม ผู้ที่ดำรงตำแหน่งทางการเมือง เช่น นายก อบต. รองนายก อบต. สมาชิก สภา กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สามารถลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ หรือไม่

ตอบ ไม่สามารถลงทะเบียนได้ เนื่องจากมีเงินเดือนประจำแต่เมื่อพ้นจากตำแหน่งแล้ว สามารถมาลงทะเบียนได้

มีข้อสงสัยนอกเหนือจากคู่มือฯ ติดต่อสอบถามได้ที่

องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยเหนียว

โทร. ๐ ๓๔ ๕๔๓๐๓๗

ตัวอย่างแบบฟอร์มคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ลงทะเบียน

ชื่อ -สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ)เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

□-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยเหนือ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

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

ทะเบียนบ้านเลขที่หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ ซอยถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัดรหัสไปรษณีย์โทรศัพท์.....

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

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพการ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้(เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตัวเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคารบัญชีเลขที่.....

ชื่อบัญชี.....

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญ พิเศษ บำเหน็จรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

“ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครอง ส่วน ท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□ แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลห้วยเหนือ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มี ความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)</p>
<p>คำสั่ง <input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ..... (ลงชื่อ)..... (.....) นายกองค้การบริหารส่วนตำบลห้วยเหนือ วัน/เดือน/ปี</p>	

ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บเพื่อเป็นหลักฐานการลงทะเบียน

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.
การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มี
คุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน โดยได้รับ
ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ. เป็นต้นไป กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่
อื่น จะต้องไปลงทะเบียน ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ นับแต่ วันที่ย้าย แต่ไม่
เกินเดือนพฤศจิกายนของปีนั้น ทั้งนี้ ผู้สูงอายุจะได้เบี้ยผู้สูงอายุ ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เดิมจนสิ้นปีงบประมาณที่ได้
ลงทะเบียนไว้ และรับที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ในปีงบประมาณถัดไป

ตัวอย่างแบบฟอร์มคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจ
เกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา - มารดา บุตร สามี - ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ
ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....
เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ ---- ที่อยู่.....
.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....องค์การบริหารส่วนตำบลทวายเหนือ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่นๆ (ระบุ)

ชื่อ.....นามสกุล.....

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

ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้พิการที่ยื่นคำขอ ----

ประเภทความพิการ ความพิการทางการมองเห็น ความพิการทางสติปัญญา

ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้

ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางอภิสติ

ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ.....

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

เกี่ยวข้องกับโดยเป็น บิดา-มารดา บุตร สามี- ภรรยา พี่น้อง อื่นๆ.....

ข้อมูลทั่วไป: สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่เมื่อ

ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

อื่นๆ (ระบุ).....

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

มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง

รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคาร.....สาขา..... เลขที่บัญชี --

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร(ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการประสงค์ขอรับเบี้ยยังชีพผู้พิการผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ(ในกรณียื่นคำขอฯแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย / ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติ นาย/นาง/นางสาว 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"/> แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลห้วยเหนียว คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p>
<p>คำสั่ง <input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... (ลงชื่อ)..... (.....) นายกองค้การบริหารส่วนตำบลห้วยเหนียว วันที่...../...../.....</p>	

..... (ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้พิการหรือผู้ที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

ยื่นแบบคำขอขึ้นทะเบียน เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยจะได้รับ
เงิน เบี้ยความพิการ ในเดือนถัดไป ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีย้ายที่อยู่ไปอยู่ ที่อื่นใน
ระหว่างปีงบประมาณ จะต้องไปยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่ทำการองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายใน
เดือนนั้น ๆ เพื่อรักษาสิทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนนั้น ๆ

ตัวอย่างแบบฟอร์มคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

ผู้ยื่นคำขอ () แจ้งด้วยตนเอง

() ผู้ยื่นคำขอ ฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ขอขึ้น

ทะเบียน ชื่อ-สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำนำหน้านาม (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ (ระบุ) ชื่อ.....นามสกุล.....

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

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

.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ -

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

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์

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

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคาร.....สาขา..... เลขที่บัญชี

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

สำเนาทะเบียนบ้าน

ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยหน่วยงานของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นเอดส์ จริง

หนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ).....

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

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติ นาย/นาง/นางสาว</p> <p>.....</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"/> แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลห้วยเหนียว คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p>
<p>คำสั่ง <input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p>(ลงชื่อ)..... (.....) นายกองค้การบริหารส่วตำบลห้วยเหนียว วันที่...../...../.....</p>	

----- (ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้พิการหรือผู้ที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้) -----

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียน วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยจะได้รับเงิน
เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ในอัตราเดือนละ ๕๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน