



# คู่มือการปฏิบัติงาน

สำหรับตำแหน่ง นักพัฒนาชุมชน

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลชัยพุทธา



สัญลักษณ์ผู้สูงอายุ

สัญลักษณ์คนพิการ

สัญลักษณ์วันเอดส์โลก

สัญลักษณ์เด็ก

แรกเกิด

## คำนำ

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลซับพุทรา มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในองค์การบริหารส่วนตำบลซับพุทรา และส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ให้กับบุคคลเหล่านี้ รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การรับลงทะเบียนคนพิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ และรับคำร้องผู้ป่วยเอดส์เพื่อรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพฯ ให้กับบุคคลดังกล่าวโดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ และแก้ไขเพิ่มเติม และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และแก้ไขเพิ่มเติม และรับลงทะเบียนโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็ว และถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าว องค์การบริหารส่วนตำบลซับพุทรา จึงได้จัดทำคู่มือการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ และโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

องค์การบริหารส่วนตำบลซับพุทรา หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ปกครองของเด็กแรกเกิด มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการ ต่อไป



## คู่มือการปฏิบัติงาน

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



### กระบวนการ/ขั้นตอน และระยะเวลา



### เอกสาร

- บัตรประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา
- ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา สำหรับกรณีผู้ที่ประสงค์รับผ่านธนาคาร
- ในกรณีมีความจำเป็นผู้สูงอายุไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนได้

### วิธีรับเงิน (วิธีการใดวิธีการหนึ่ง) ดังนี้

- 1) รับเงินสดด้วยตนเอง
- 2) โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ
- 3) รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
- 4) โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ



### ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม



### ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ : กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลซับพุทรา (อาคารฝั่งทิศตะวันออก)  
เบอร์โทรผู้รับผิดชอบ 1. นายสายันต์ โคตุดชา ผอ.กองสวัสดิการสังคม 086-5727509  
2. นางสาวนุชจรรย์ ปัญญา นักพัฒนาชุมชน 080-1584802  
3. เบอร์สำนักงาน 056-713895

เปิดให้บริการวัน: จันทร์ – ศุกร์ (ตั้งแต่ เดือนมกราคม – เดือนพฤศจิกายน) เวลา 08.30 – 16.30 น.



### ระเบียบ/ข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง

- ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2552 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2561



## คู่มือการปฏิบัติงาน

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์



กระบวนการ/ขั้นตอน และระยะเวลา



### เอกสาร

- บัตรประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา
- ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา - ใบรับรองแพทย์ที่ทำการวินิจฉัยแล้ว
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา สำหรับกรณีผู้ที่ประสงค์รับผ่านธนาคาร
- ในกรณีมีความจำเป็นผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ผู้ป่วยเอดส์แทนได้

### วิธีรับเงิน (วิธีการใดวิธีการหนึ่ง) ดังนี้

- 1) รับเงินสดด้วยตนเอง
- 2) โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ
- 3) รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
- 4) โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ



ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม



ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ : กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลซับพุทธา (อาคารฝั่งทิศตะวันออก)  
เบอร์โทรผู้รับผิดชอบ 1. นายสายันต์ โคดุดา ผอ.กองสวัสดิการสังคม 086-5727509  
2. นางสาวนุชจริย์ ปัญญา นักพัฒนาชุมชน 080-1584802  
3. เบอร์สำนักงาน 056-713895

เปิดให้บริการวัน: จันทร์ – ศุกร์ (ตั้งแต่ เดือนมกราคม – เดือนพฤศจิกายน) เวลา 08.30 – 16.30 น.



ระเบียบ/ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548

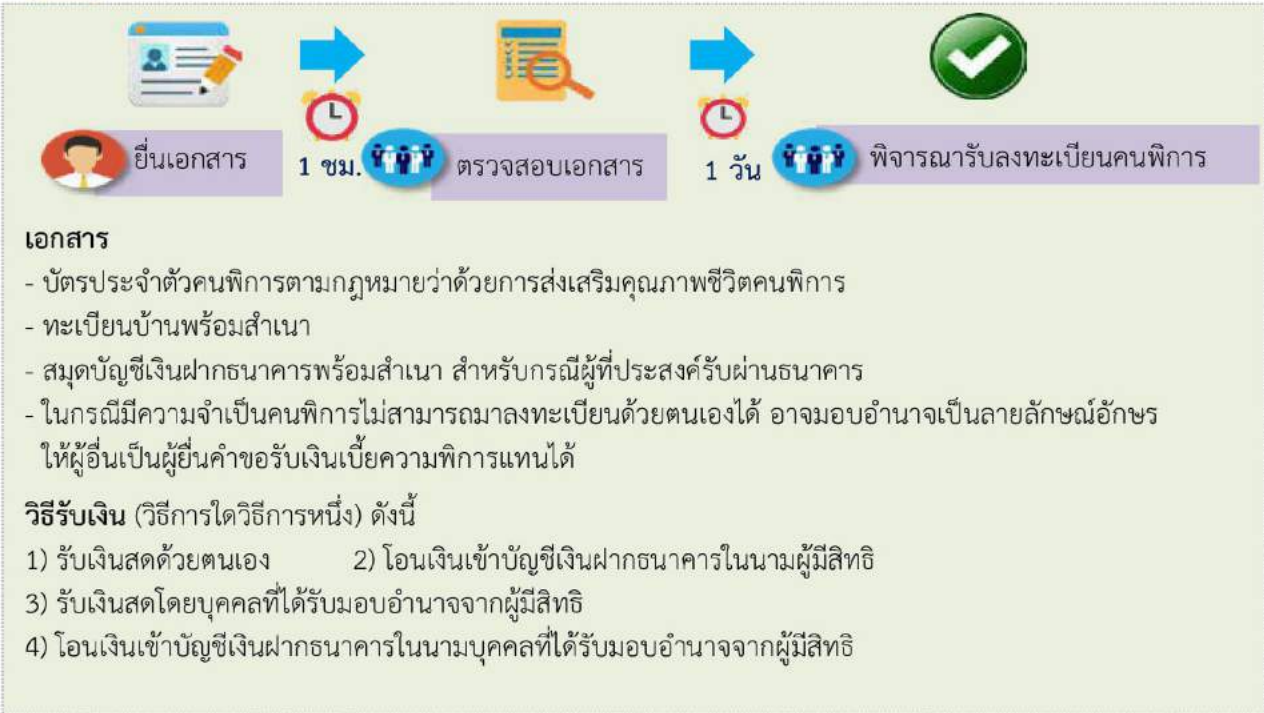


## คู่มือการปฏิบัติงาน

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ



กระบวนการ/ขั้นตอน และระยะเวลา



ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม



ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ : กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลชัยพุทรา (อาคารฝั่งทิศตะวันออก)  
เบอร์โทรผู้รับผิดชอบ 1. นายสายันต์ โคตุธา ผอ.กองสวัสดิการสังคม 086-5727509  
2. นางสาวนุชจริย์ ปัญญา นักพัฒนาชุมชน 080-1584802  
3. เบอร์สำนักงาน 056-713895

เปิดให้บริการวัน: จันทร์ – ศุกร์ (ตั้งแต่ เดือนมกราคม – เดือนพฤศจิกายน) เวลา 08.30 – 16.30 น.



ระเบียบ/ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2552 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2561

ตั้งแต่เดือนตุลาคม-พฤศจิกายน  
และเดือนมกราคม-กันยายน  
ของทุกปี

เป็นวันรับขึ้นทะเบียน  
ผู้สูงอายุ..และคนพิการ จ้า

อย่าลืม!!! นะจ๊ะ

ไม่มีชื่อ ไม่มีสิทธิ





## คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ตรวจสอบคุณสมบัติของตนเอง ตามรายการดังนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
๓. มีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปซึ่งได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๔. ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่
  - (ก) ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน
  - (ข) ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
  - (ค) ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่น ที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ

บุคคลตาม (ก) (ข) หรือ (ค) ไม่รวมถึง ผู้พิการหรือผู้ป่วยเอดส์ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ หรือผู้ที่ได้รับสวัสดิการอื่นตามมติคณะรัฐมนตรี

### หมายเหตุ

กรณีได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้วย้ายเข้ามาในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลชบพุทรา

จะต้องมาลงทะเบียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลชบพุทรา ภายในวันที่ย้าย แต่ไม่เกินเดือนพฤศจิกายน

(เพื่อใช้สิทธิรับเบี้ยยังชีพต่อเนื่องค่ะ)

# คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ ผู้พิการ

ตรวจสอบคุณสมบัติของตนเอง ตามรายการดังนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการคุณภาพชีวิตคนพิการ
๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ



ตัวอย่างบัตรและสมุดประจำตัวคนพิการ

## หมายเหตุ

กรณีได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการอยู่แล้ว

และได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่องค์กรบริหารส่วนตำบลชัชพุทรา

จะต้องมาลงทะเบียนที่ องค์กรบริหารส่วนตำบลชัชพุทรา ภายในวันที่ย้าย

**เพื่อใช้สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพในเดือนต่อไปค่ะ**



ขั้นตอนการขึ้นทะเบียน

เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ยื่นเอกสาร หลักฐาน

ลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตร อื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มี รูปถ่าย



ทะเบียนบ้าน



สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร

หมายเหตุ : ในกรณีที่มีความจำเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถยื่นคำขอลงทะเบียนด้วยตนเอง  
ได้อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพ  
ผู้สูงอายุแทนก็ได้ โดยกรอกรายละเอียดตามแบบคำขอลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  
ให้ถูกต้องครบถ้วนและให้ยื่นคำขอประกอบกับเอกสารหลักฐานของผู้สูงอายุพร้อมเอกสารการ  
มอบอำนาจ

\*\* ขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ และยื่นเอกสาร

ประกอบ ได้ที่ กองสวัสดิการสังคม

องค์การบริหารส่วนตำบลชับพูนตรา

โทร 056-782970 ต่อ 14



ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเงิน

เบี้ยยังชีพคนพิการ



ยื่นเอกสาร หลักฐาน

ลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความคนพิการ "

- ☺ บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิต  
คนพิการฉบับจริง
- ☺ บัตรประชาชน
- ☺ ทะเบียนบ้าน
- ☺ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร

หมายเหตุ : ๑. ในกรณีที่มีคนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบธรรม คน  
เสมือน ไร้ความสามารถ หรือไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้

พิกัดหรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทน ดังกล่าว

๒. กรณีคนพิการไม่สามารถยื่นคำขอได้ด้วยตนเอง ให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทน โดยให้ผู้ที่เชื่อถือได้รับรองสถานะของคนพิการ แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการ ไปแสดงต่อหน้าเจ้าหน้าที่ด้วย

**\*\* ชื่นทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ และยื่นเอกสารประกอบ  
ได้ที่ กองสวัสดิการสังคม  
องค์การบริหารส่วนตำบลชัยพุทรา**

### คำชี้แจง

ผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพอยู่แล้วในพื้นที่อื่น ภายหลังได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลชัยพุทรา ให้มาขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพต่อที่องค์การบริหารส่วนตำบลชัยพุทรา ตั้งแต่วันที่ย้ายแต่ไม่เกิน เดือนพฤศจิกายนของปีนั้น ๆ แต่สิทธิในการรับเงินยังคงอยู่ที่เดิมจนสิ้น

นาง ก. รับเงินเบี้ยยังชีพอยู่ อบต. รักษาติภายหลังได้แจ้งย้ายที่อยู่มา  
อยู่พื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลชัชพุทราในวันที่ ๘ กรกฎาคม ๒๕๖๕ นาง ก.  
ต้องมาขึ้นทะเบียนใหม่ ที่องค์การบริหารส่วนตำบลชัชพุทรา ตั้งแต่วันที่ย้ายแต่  
ต้องไม่เกินวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ แต่ นาง ก. จะยังคงรับเงินเบี้ยยังชีพที่  
อบต. รักษาติอยู่จนถึงเดือน กันยายน ๒๕๖๕ และจะมีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพ

ผู้สูงอายุที่องค์การบริหารส่วนตำบล  
ชัชพุทราในเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

ประกาศรายชื่อ ผู้มีสิทธิรับเงิน

เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ

ให้ผู้ที่มียื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพ มาตรวจสอบ  
รายชื่อตามประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ ณ  
องค์การบริหารส่วนตำบลชัชพุทรา ภายในวันที่ ๕

ธันวาคม ของทุกปี

(นับจากวันสิ้นสุดกำหนดการยื่นขอขึ้นทะเบียน

ณ. วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี)



## การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ

องค์การบริหารส่วนตำบลชัษฐิบพุทรา จะ  
ดำเนินการ

เบิก - จ่ายเงินให้กับผู้สูงอายุและคนพิการที่มาขึ้น  
ทะเบียน ไว้แล้ว โดยจะเริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม ปี  
ถัดไป โดยจะจ่าย เป็นเงินสดหรือโอนเข้าบัญชี  
ธนาคาร ตามที่ผู้สูงอายุและคนพิการได้แจ้งความ

กำหนดวันจ่ายเงินเบี้ยยังชีพ ภายในวันที่ 10 ของเดือน

ปฏิทินวันหยุด

2566

OCT

ตุลาคม

10

SUN	MON	TUE	WED	THU	FRI	SAT
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

13 วันคล้ายวันสวรรคต พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร  
มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร

23 วันปิยมหาราช

sanook.com



## ช่องทางการรับเงินเบี้ยยังชีพ



ผู้ประสงค์รับเงินผ่าน  
ธนาคาร

ผู้ประสงค์รับเงินสด

โอนเข้าบัญชีธนาคารในนาม  
ผู้สูงอายุ,  
คนพิการ หรือผู้รับมอบอำนาจ

ตามจุดที่ได้แจ้งไว้ เช่น องค์กร  
บริหารส่วนตำบล/ที่ทำการ  
กำหนดผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้าน หรือ  
ขึ้นอยู่กับความเหมาะสม โดยจะมี  
การแจ้งให้ทราบล่วงหน้า

รับเงินสดในนามผู้สูงอายุ,  
คนพิการ หรือผู้รับมอบ

## การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับใน ปัจจุบัน  
การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุคิดในอัตราเบี้ยยังชีพแบบ  
ขั้นบันได

"ขั้นบันได" หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของ ผู้สูงอายุออกเป็น  
ช่วง ๆ หรือเป็นขั้นขึ้นไปเรื่อย ๆ โดยเริ่ม ตั้งแต่อายุ ๖๐ ปี

โดยคำนวณตามปีงบประมาณมิใช่ปีปฏิทิน และไม่มีการเพิ่ม  
ของอายุระหว่างปีตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือนสำหรับ  
ผู้สูงอายุ  
(แบบขั้นบันได)

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



## วิธีคำนวณอายุของผู้สูงอายุ



แล้วปีนี้ ฉันจะได้เงินเบี้ย

เท่าไร น้อ ?

600/700/800/1,000

การนับอายุว่าจะอยู่ในขั้นที่เท่าไร ให้นับ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน เท่านั้น

๑. นาง ก. เกิด ๓๐ กันยายน ๒๔๙๐ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐ นาง ก. จะอายุ ๗๐ ปี หมายความว่า นาง ก. จะได้รับ เงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๗๐๐ บาท ในเดือน ตุลาคม ๒๕๖๐ (งบประมาณปี ๒๕๖๑)

๒. นาง ข. เกิด ๑ ตุลาคม ๒๔๙๐ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐ นาง ข. จะอายุ ๖๙ ปี หมายความว่า นาง ข. จะได้รับเงิน เบี้ยยังชีพเดือนละ ๖๐๐ บาท เท่าเดิมจนกว่าจะถึงรอบปีถัดไป

การนับรอบปีงบประมาณ คือ เริ่มนับตั้งแต่ ๑ ตุลาคม - ๓๐ กันยายน เช่น  
ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕  
ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖



## การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ

๑. ตาย

๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขต องค์การบริหารส่วนตำบลชั้น

พุดรา

๓. แจ้งสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ

๔. ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖

หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และคนพิการ

๑. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง

2. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพ หรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเป็นเงิน

สดต้องมารับเงินให้ตรงตามวัน เวลา ที่กำหนด

๓. เมื่อย้ายภูมิลำเนาจาก องค์การบริหารส่วนตำบลชั้นพุดรา ไป

อยู่ภูมิลำเนาอื่นต้องแจ้งข้อมูลเพื่อให้ องค์การบริหารส่วนตำบล

ชั้นพุดรา ได้รับทราบ

4. ให้ผู้ที่รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ แสดงการมีชีวิตอยู่

ต่อ องค์การบริหารส่วนตำบลชั้นพุดรา ระหว่างวันที่ ๑ - ๕

ตุลาคมของทุกปี

๕. **กรณีตาย** ให้ผู้ดูแลหรือญาติของผู้สูงอายุ คนพิการ ต้องแจ้ง

การตายให้องค์การบริหารส่วนตำบลชั้นพุดราได้รับทราบ

**(พร้อมสำเนา ใบมรณบัตร)** ภายใน ๗ วัน



ตาย



ย้ายที่อยู่

## ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ

๑. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสารรับรองความพิการ

๒. ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (ศาลากลางจังหวัด) ด้วยตนเอง โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

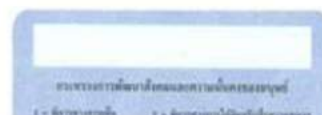
๒.๑ เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยแพทย์เฉพาะทาง (ตัวจริง)

๒.๒ รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป

๒.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๕ ถ้าคนพิการมีผู้ดูแล ให้นำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ





## การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

การดำเนินการต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ สามารถทำได้ที่

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (ศาลากลางจังหวัด)

### โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๑. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสารรับรองความพิการ
๒. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม
๓. รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
๔. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
๕. สำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ จำนวน ๑ ฉบับ
๕. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการมีผู้ดูแล ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และ  
สำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ

### การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ

การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ สามารถติดต่อได้ที่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (ศาลากลางจังหวัดลพบุรี)

### โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๑. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
๓. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนเดิม ใช้สำเนาบัตรประจำตัว ประชาชนและ  
สำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
๔. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
๕. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ
๖. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้รับรอง จำนวน ๑ ฉบับ

(กำหนด ผู้ใหญ่บ้าน ส.อบต. หรือ ข้าราชการ ระดับ ๓ ขึ้นไป)



๑. ผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลชัชปยุต
๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้
๔. การยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลชัชปยุต โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบ การยื่นดังนี้
  - ๔.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่า ป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
  - ๔.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง
  - ๔.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง
๕. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเอง ได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้
๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด
๗. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์แล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา ไป อยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้า

ไปอยู่ใหม่ ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์  
ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์  
**จะได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนา เท่านั้น**

". กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิตลง ให้ผู้ดูแลหรือญาติ  
ของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้องแจ้งองค์การบริหารส่วนตำบลขับพสุตรา ทราบภายใน  
๗ วัน

## เงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด

### โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

เป็นอีกหนึ่งมาตรการที่ช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายของคุณพ่อ-คุณแม่ที่อยู่ใน  
ครอบครัวยากจน เพราะรัฐจะสนับสนุนเงินช่วยเหลือค่าเลี้ยงดูบุตรคนละ ๖๐๐  
บาท/เดือน ซึ่งจะจ่ายให้ทุกเดือนตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ ๖ ขวบ

### ใครได้สิทธิ์รับเงินอุดหนุน

๑. รายเก่าสำหรับผู้ลงทะเบียนที่มีสิทธิ์รับเงินอุดหนุน (รายเดิม)
๒. สำหรับผู้มาให้ข้อมูลรับรองสถานะของครัวเรือน (ตร.๑๒) เพิ่มเติมภายหลัง  
วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒
๓. สำหรับผู้ลงทะเบียนรายใหม่ที่ผ่านการพิจารณาแล้ว และมีการบันทึกข้อมูล  
สมบูรณ์อยู่ในระบบฐานข้อมูลของโครงการเงินอุดหนุนฯ ภายในวันที่กำหนด

### ลงทะเบียนอุดหนุนเด็กแรกเกิด

หากเคยลงทะเบียนไว้แล้วในปีก่อนหน้า ไม่ต้องมาลงทะเบียนใหม่โดย  
จะได้รับโอนเงินต่อเนื่องจนบุตรมีอายุ ๖ ขวบ แต่กรณียังไม่เคยลงทะเบียนมาก่อน  
หรือเพิ่งคลอดบุตรในช่วงปลายปี ๒๕๖๒ ก็สามารถมาลงทะเบียนได้เลยตาม  
สถานที่รับลงทะเบียนต่อไปนี้

- กรุงเทพมหานคร : ลงทะเบียนได้ที่สำนักงานเขตในพื้นที่ที่พักอาศัยอยู่
- เมืองพัทยา : ลงทะเบียนได้ที่ศาลาว่าการเมืองพัทยา
- ส่วนภูมิภาค : ลงทะเบียนที่สำนักงานเทศบาล หรือที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบล



**คุณสมบัติผู้มีสิทธิ์ขอรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูแรกเกิด  
เด็กแรกเกิดที่มีสิทธิ์**

- ต้องมีสัญชาติไทย
- พ่อแม่ของเด็กต้องมีสัญชาติไทย หรือคนใดคนหนึ่งมีสัญชาติไทย
- เด็กต้องเกิดตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๘ เป็นต้นไป จนมีอายุครบ ๖ ขวบ
- อาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย
- ไม่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของหน่วยงานของรัฐ หรือเอกชน

**ผู้ปกครองที่มีสิทธิ์ลงทะเบียน**

- มีสัญชาติไทย
- เป็นบุคคลที่รับเด็กแรกเกิดไว้ในอุปการะ (ไม่ใช่พ่อแม่ก็ได้)
- เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วย
- อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้น้อย คือ สมาชิกในครัวเรือน

**มีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๑๐0,๐๐๐ บาทต่อคนต่อปี**

หมายเหตุ : มารดาที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ ยังไม่ต้องมายื่น คำร้องขอลงทะเบียน  
ขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด



### เอกสารที่ใช้ลงทะเบียน รับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด

๑. แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.๐๑)
๒. แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๒)
๓. บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง
๔. สูติบัตรเด็กแรกเกิด
๕. สมุดบัญชีเงินฝากของผู้ปกครอง **ไม่ต้องแนบ**  
**(บัญชีธนาคารต้องผูกพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชนกับบัญชีเงินฝาก**  
**ธนาคารเท่านั้น)**
๖. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก เฉพาะหน้าที่ ๑ ที่มีชื่อของหญิงตั้งครรภ์ (ในกรณี  
ที่สมุดสูญหาย ให้ใช้เฉพาะสำเนาหน้าที่ ๑ พร้อมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึก  
ข้อมูลและรับรองสำเนา)

7.กรณีที่ผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนและสมาชิกในครัวเรือนของผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียน เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัทต้องมีเอกสาร ใบรับรองเงินเดือน หรือหนังสือรับรองรายได้ของทุกคนที่มีรายได้ประจำ (สลิปเงินเดือน หรือเอกสารหลักฐานที่นายจ้างลงนาม)

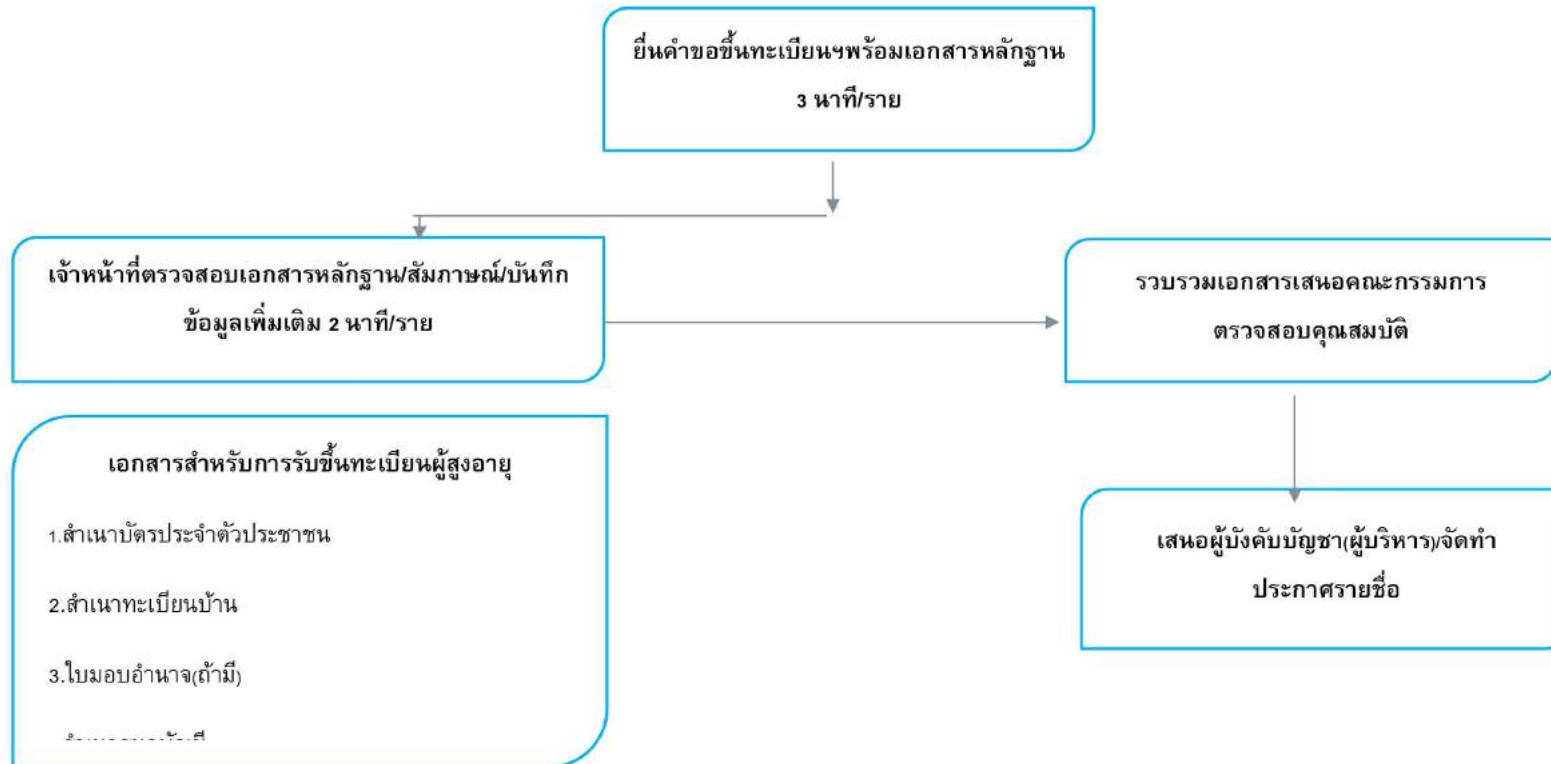
๕. สำเนาเอกสาร หรือบัตรข้าราชการ เจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่ง หรือเอกสารอื่นใดที่แสดงตนของผู้รับรองคนที่ ๑ และผู้รับรองคนที่ ๒





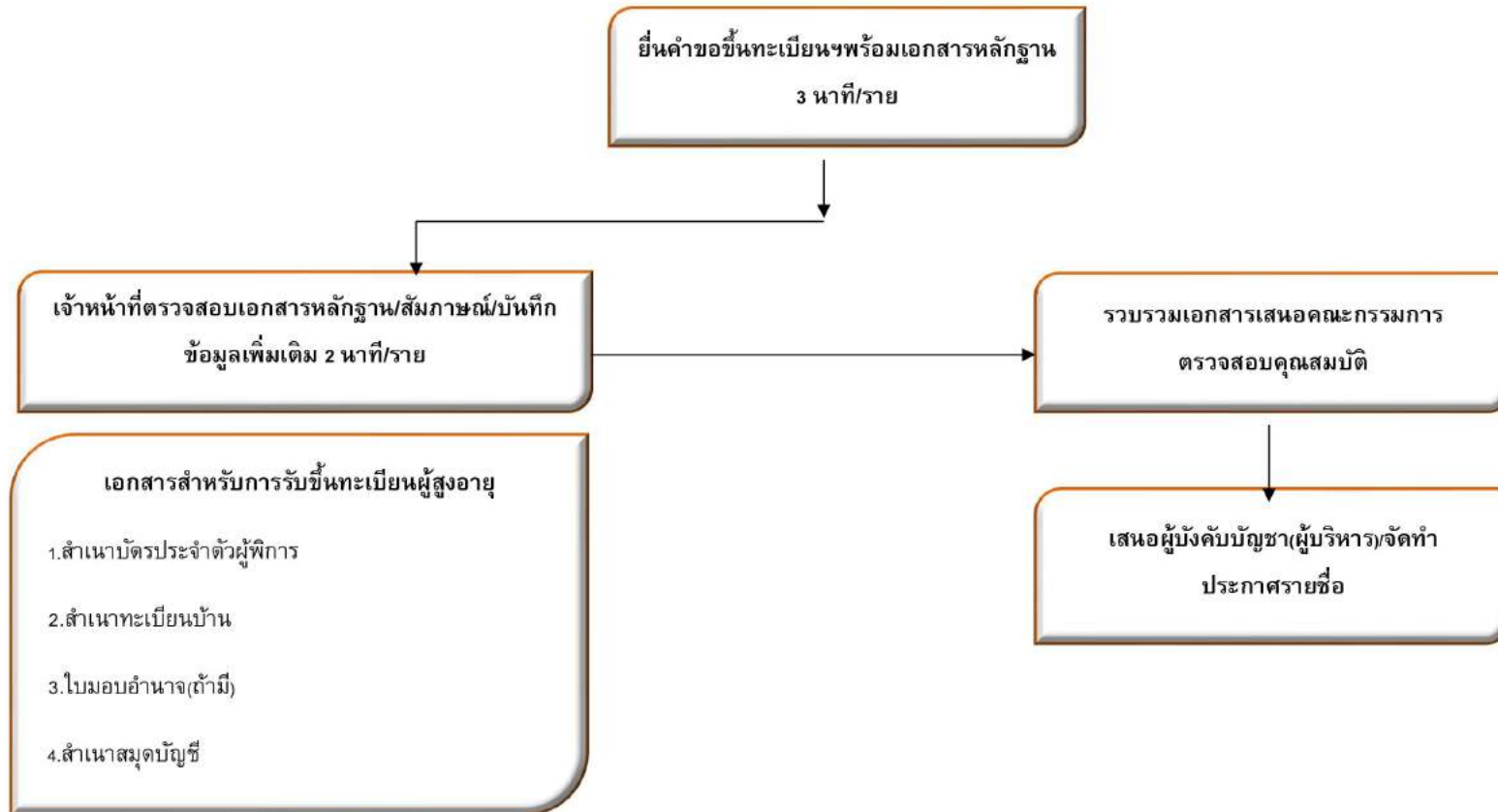
ภาคผนวก

# แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ)



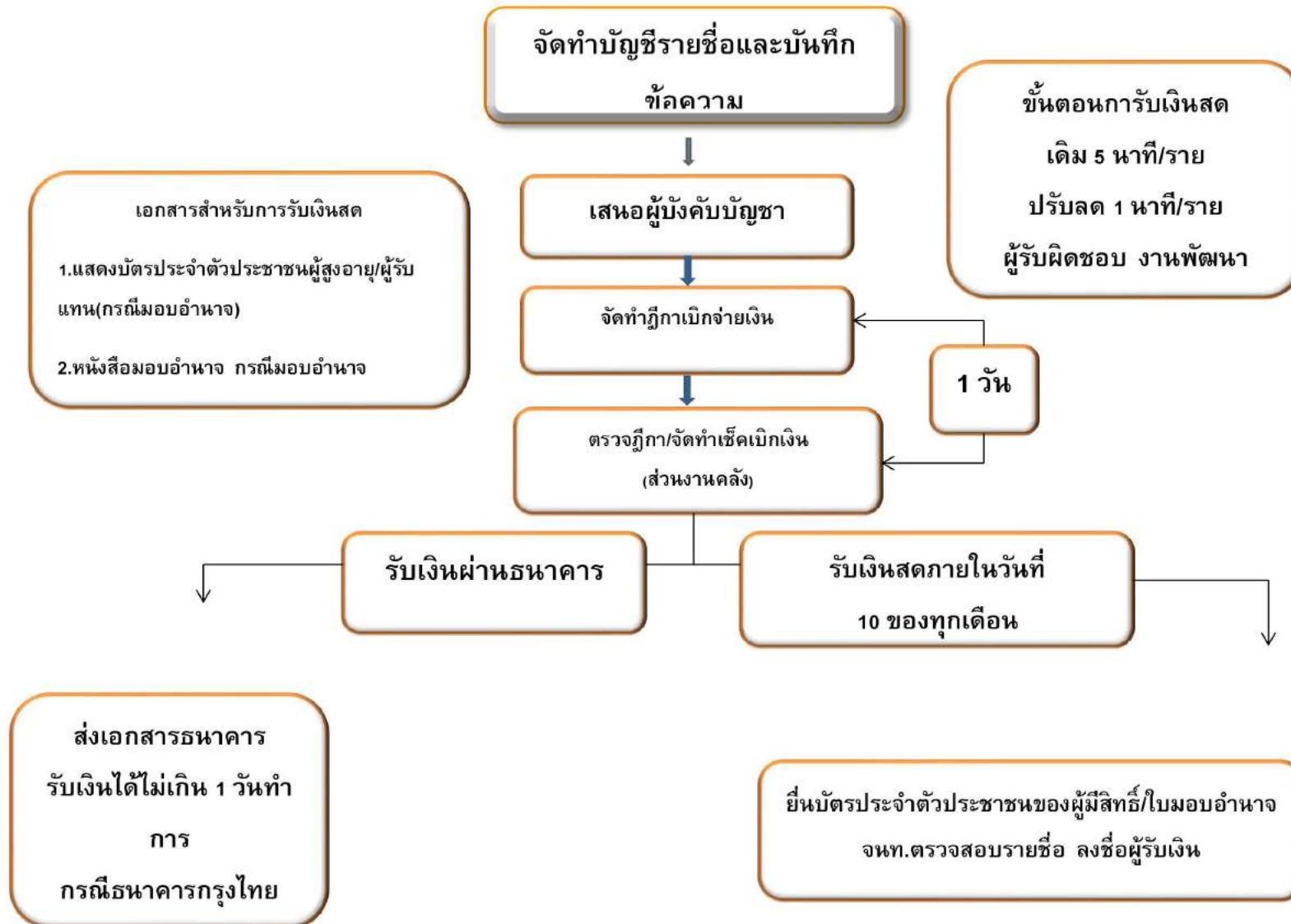
ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ เดิม 10 นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด 3-5 นาที/ราย

## แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ)

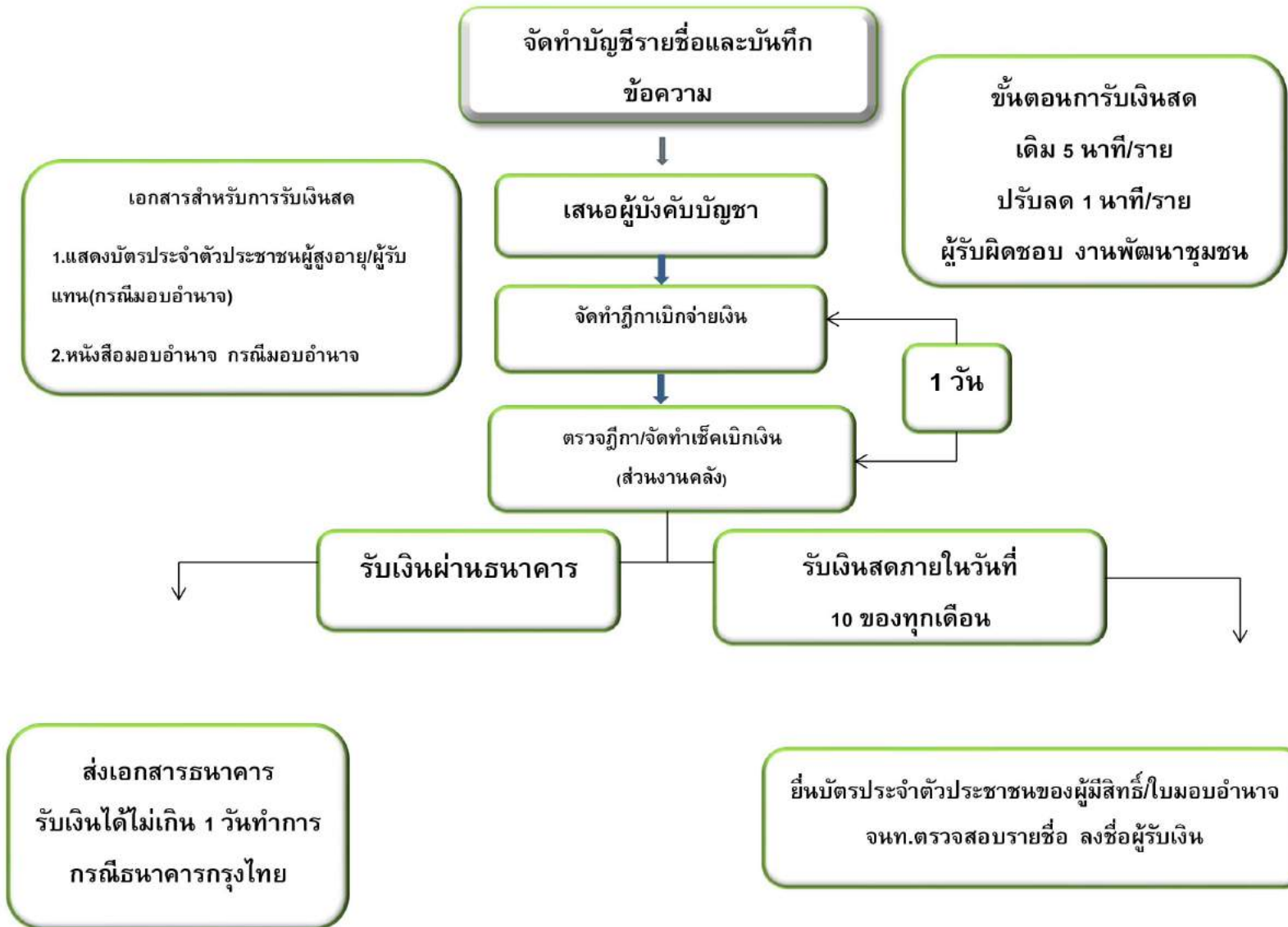


ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ เดิม 10 นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด 3-5 นาที/ราย

# แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การเบิก-จ่ายเบี้ยผู้สูงอายุ)



# แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การเบิก-จ่ายเบี้ยความพิการ)



# แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนเด็กแรกเกิด)

ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนพร้อมเอกสาร  
หลักฐาน

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน/  
สัมภาษณ์/บันทึกข้อมูลลงระบบ 10 นาที/ราย

รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการ  
ตรวจสอบคุณสมบัติ

## เอกสารสำหรับการรับขึ้นทะเบียนเด็กแรกเกิด

1. สำเนาสมุดสีชมพูหน้าแรก
2. สำเนาบัตรประชาชนผู้ขอรับสิทธิ
3. สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขอรับสิทธิ
4. สำเนาบัตรประชาชนผู้ใหญ่บ้าน
5. สำเนาทะเบียนบ้านผู้ใหญ่บ้าน
6. สำเนาบัตรประจำตัวผู้ใหญ่บ้าน(ชุดสีกากี)
7. สำเนาบัตรประชาชน อสม.
8. สำเนาทะเบียนบ้าน อสม.
9. สำเนาบัตรประจำตัว อสม.(รพ.สต.ออกให้)
10. สำเนาสูติบัตรเด็ก(ใบเกิด)
11. สำเนาทะเบียนบ้านเด็ก
12. สำเนาหน้าบัญชี
13. สำเนาบัตรสวัสดิการของรัฐ
14. สำเนาบัตรประชาชนของคนี่แสดงใน ดร 02

เสนอผู้บังคับบัญชา(ผู้บริหาร)/  
จัดทำประกาศรายชื่อส่งจังหวัด

# ตัวอย่างแบบฟอร์มคำขอขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ

ทะเบียนเลขที่...../256

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพประจำปีงบประมาณ 2567

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ขอ

ลงทะเบียน

ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ) ..... เลขประจำตัวประชาชนผู้รับ

มอบอำนาจ □-□□□□-□□□□□□-□□-□ ที่อยู่

## ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลซับพุทรา  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

เกิดวันที่.....เดือน

.....พ.ศ. ....อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนา

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

..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ.....จังหวัด

.....รหัสไปรษณีย์ .....โทรศัพท์.....

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

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

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ

## ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ได้รับเงินเบี้ยความพิการ  ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ

## มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย  ทะเบียนบ้าน

สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

บัญชีเงินฝากธนาคาร .....บัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ บำเหน็จ รายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

“ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอม ให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ) .....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

**หมายเหตุ** ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

<p><b>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</b></p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ ..... ..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก ..... ..... ..... (ลงชื่อ) ..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p><b>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</b></p> <p>เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลช้บพุทรา คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) ..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) ..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) ..... (.....)</p>
<p><b>คำสั่ง</b></p> <p><input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ..... ..... ..... (ลงชื่อ) ..... (.....)</p>	

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลชัชพุทรา

วัน/เดือน/ปี .....

ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บเพื่อเป็นหลักฐานการลงทะเบียน

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน โดยได้รับตั้งแต่เดือน.....พ.ศ. .... เป็นต้นไป กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่นับตั้งแต่วันที่ย้ายแต่ไม่เกินเดือนพฤศจิกายนของปีนั้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้เบี้ยผู้สูงอายุ ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมจนสิ้นปีงบประมาณที่ได้ลงทะเบียนไว้ และรับที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ในปีงบประมาณถัดไป

ตัวอย่างแบบฟอร์มคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๖

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทนฯ ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น  บิดา  มารดา  บุตร  สามี - ภรรยา  พี่น้อง  ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ  
ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....  
เลขประจำตัวประชาชน ---- ที่อยู่ .....  
โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่ .....

วันที่ .....

ด้วยข้าพเจ้าชื่อ ..... นามสกุล .....

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

บ้าน เลขที่หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน.....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำ ----

- ประเภทความพิการ  ความพิการทางการเห็น  ความพิการทางสติปัญญา  
 ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย  ความพิการทางการเรียนรู้

- ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย  ความพิการทางออกัสติก  
 พิกัดทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

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

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ

- ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ  เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่เมื่อ.....  
 ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์  อื่นๆ(ระบุ).....  
 มีอาชีพ (ระบุ).....รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....(บาท)  
 มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือกวิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล  
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล  
 ธนาคาร..... สาขา..... เลขที่บัญชี.....

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ  สำเนาทะเบียนบ้าน  
 สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)  
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจผู้ดูแลคนพิการและผู้รับมอบอำนาจ(ในกรณียื่นคำขอแทน)  
 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและขอข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจด

ทะเบียน

(.....)

(.....)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน          เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ          ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน          แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน  <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้</p> <p>.....          .....</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ          เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลชัยพุทรา          คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบ          แล้ว</p> <p>มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับ          ลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลง          ชื่อ).....</p> <p>(.....)</p>
---	--

(ลงชื่อ) ..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ	กรรมการ (ลง ชื่อ)..... (.....)  กรรมการ (ลง ชื่อ)..... (.....)
<b>คำสั่ง</b> <input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ ..... .....  (ลงชื่อ)..... (.....) นายกองค้การบริหารส่วนตำบลช้บพุทรา วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	

..... (ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้พิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้) .....

:

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบ้ความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 โดยจะได้รับเงินเบ้ความพิการตั้งแต่ พ.ศ. (ถัดไปนับแต่วันขึ้นทะเบียน) ในอัตราเดือนละ 800/1,000 บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบ้ความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่โดยทันที ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสัทธิให้ต่อเนื่อง

## ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือมอบอำนาจ



หนังสือมอบอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบ้ยังชีพผู้สูงอายุ/ผู้พิการ

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

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร

เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่

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

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....เกี่ยวพันเป็น.....

ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....เลขที่.....ออกให้ ณ.....

เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน

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

.....

เป็นผู้มีอำนาจ ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ.....แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

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

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

# ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือแสดงความประสงค์รับเงินเบี้ยยังชีพ หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกองต์การบริหารส่วนตำบลชัชพุกุรา

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มีสิทธิได้รับการ  
สงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้สูงอายุ ลำดับที่.....นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

- ( ) เป็นเงินสด
- ( ) โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....  
เลขที่บัญชี.....
- ( ) แจงยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)



## ตัวอย่างคำขอลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด

แบบคำร้องขอลงทะเบียน

เพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ปีงบประมาณ .....

หน่วยงานรับลงทะเบียนองค์การบริหารส่วนตำบลซับพิพรรษา

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 .....





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) กรณีสมาชิกในครัวเรือนเป็นเจ้าของที่ของรัฐ พนักงานบริษัท ผู้มีรายได้ประจำ ให้แนบหนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือนของผู้มีรายได้ประจำ ด้วยทุกคน
- 3) กรณีสมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐทุกคน ไม่ต้องมีผู้รับรองสถานะของครัวเรือน

ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 1 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)
<p>ข้าพเจ้า <input type="radio"/> นาย <input type="radio"/> นาง <input type="radio"/> นางสาว ..... นามสกุล .....</p> <p>.....</p> <p>ตำแหน่ง ..... สังกัดหน่วยงาน .....</p> <p>.....</p> <p>โทรศัพท์.....</p> <p><input type="radio"/> รับรอง ผู้ลงทะเบียนอาศัยอยู่ในพื้นที่ของข้าพเจ้า เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น</p> <p><input type="radio"/> ไม่รับรอง เนื่องจาก .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right;">(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 1 (.....)</p> <p style="text-align: right;">ตำแหน่ง..... วันที่.....</p> <p><b>หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 1 : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน (อสม.) อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมืองพัทยา อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร คณะกรรมการชุมชนของกรุงเทพมหานคร ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนั้น</b> ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจหรือพนักงานราชการ ต้องไม่เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายในการลงทะเบียนและผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลในครัวเรือนที่มีรายได้น้อยของเด็กแรกเกิด</p>
ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 2 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)
<p>ข้าพเจ้า <input type="radio"/> นาย <input type="radio"/> นาง <input type="radio"/> นางสาว ..... นามสกุล .....</p> <p>.....</p> <p>ตำแหน่ง ..... สังกัดหน่วยงาน .....</p> <p>.....</p> <p>โทรศัพท์.....</p> <p><input type="radio"/> รับรอง ผู้ลงทะเบียนอาศัยอยู่ในพื้นที่ข้าพเจ้า เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่มีรายได้ไม่เกิน 100,000 บาท ต่อ ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น</p> <p><input type="radio"/> ไม่รับรอง เนื่องจาก .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right;">(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 2 (.....)</p> <p style="text-align: right;">ตำแหน่ง..... วันที่.....</p>

หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 2 : ประธานอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำตำบล ประธานชุมชน  
กำนัน

ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านข้าราชการสถานบริการสาธารณสุขในระดับตำบล ข้าราชการหรือ  
พนักงานส่วนท้องถิ่นที่ดำรงตำแหน่งในระดับปฏิบัติการขึ้นไป หรือเทียบเท่า ซึ่ง

**ปฏิบัติงานใน**

หมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนั้น

ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ ต้องไม่เป็นผู้ที่

ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียนและผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลในครัวเรือนที่มีรายได้น้อยของเด็กแรกเกิด

**ส่วนที่ 3 : การปิดประกาศ (สำหรับหน่วยงานรับลงทะเบียน)**

เด็กหญิง/เด็กชาย/นาย/นางสาว

.....

เป็นผู้ปกครองที่มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ที่ได้ปิดประกาศ 15 วันแล้ว

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

.....

(ลงชื่อ) ..... เจ้าหน้าที่รับ

ลงทะเบียน

(.....)

วันที่ .....

# สารพันคำถาม



**ถาม**

ผู้สูงอายุที่อยู่ในคุกสามารถขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุได้หรือไม่ ?

**ตอบ**



**ขึ้นทะเบียนไม่ได้** เพราะถือว่าได้รับการดูแลจากทางภาครัฐอยู่แล้ว หรือ กรณีได้รับเงินเบี้ยยังชีพอยู่แล้ว ภายหลังต้องโทษ คดีสิ้นสุด ได้รับโทษจำคุก ถือว่าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติไม่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพเช่นกัน

**ถาม**

บุคคลที่เป็นโรคเรื้อนและได้รับเงินจากกรมควบคุมโรค สามารถขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุได้หรือไม่ ?

**ตอบ**

ขึ้นทะเบียนได้



## ถาม

ถ้าผู้สูงอายุรับเงินเบี้ยคนพิการ และผู้ปวยเอดส์ อยู่แล้ว จะสามารถขึ้น ทะเบียนผู้สูงอายุและรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้หรือไม่

## ตอบ

ขึ้นทะเบียนได้และสามารถรับเงินได้.....จ้า



## ถาม

ขึ้นทะเบียนได้และสามารถรับเงินได้.....จ้า  
พระภิกษุสงฆ์สามารถขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุได้หรือไม่



## ตอบ

ขึ้นทะเบียนได้.....จ้า ยกเว้นพระภิกษุสงฆ์ที่ได้รับเงินเดือน (เงินนิตยภัต) เช่น เจ้าอาวาส เจ้าคณะตำบล เป็นต้น ...จ้า

## ถาม

ข้าราชการที่รับเงินบำเหน็จ สามารถขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุได้หรือไม่

## ตอบ

ขึ้นทะเบียนได้ค่ะ

## ถาม

ผู้ที่ดำรงตำแหน่งทางการเมือง นายก อบต., รองนายก อบต., สมาชิกสภา , กำนัน , ผู้ใหญ่บ้าน สามารถขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุได้หรือไม่

## ตอบ

ขึ้นทะเบียนไม่ได้ค่ะ เนื่องจากมีเงินเดือนประจำ แต่เมื่อพ้นจากตำแหน่งแล้ว สามารถมาขึ้นทะเบียนได้ค่ะ

## ถาม

ถ้าผู้สูงอายุอาศัยอยู่ที่ต่างประเทศ แต่ยังมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในประเทศไทย สามารถขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุได้หรือไม่

## ตอบ

สามารถขึ้นทะเบียนได้

## ถาม

ผู้สูงอายุที่รับเบี้ยยังชีพอยู่แล้ว สามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการรับเงินได้หรือไม่

## ตอบ

ได้ค่ะ โดยมายื่นความประสงค์ได้ที่ กองสวัสดิการสังคม อบต.ชัยพุกทรา

# การขอมีบัตรความพิการ



## การจดทะเบียน

☺ กองสวัสดิการสังคม อบต.ชัยพุกทรา หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบูรณ์

## เอกสารในการจดทะเบียนความพิการ

- (1) เอกสารรับรองความพิการ โดยแพทย์สถานพยาบาลทางราชการ
- (2) บัตรประจำตัวประชาชน ในกรณีเป็นเด็กใช้สูติบัตร พร้อมทั้งถ่ายสำเนา จำนวน 1 ชุด (กรณียื่นแทนให้นำบัตรประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้ยื่นแทนมาด้วย)
- (3) ทะเบียนบ้านฉบับจริง พร้อมถ่ายสำเนา จำนวน 1 ชุด
- (4) รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป

## หลังจากจดทะเบียนความพิการแล้วทาง อบต.ชัย พุมุตรา จะช่วยเหลืออย่างไร



☺ นำบัตรประจำตัวคนพิการมาขึ้นบัญชีเพื่อขอรับเงินความ  
พิการที่กองสวัสดิการสังคม อบต.ชัยพุมุตรา จะมีเจ้าหน้าที่คอยให้  
คำปรึกษาและแนะนำการขึ้นบัญชีเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพความ  
พิการ

# การจดทะเบียนรับเบี้ยความพิการ (รับขึ้นทะเบียน ตั้งแต่ 1 – 30 พฤศจิกายน ของทุกปี ในเวลาราชการ)



คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพ  
ความพิการ ตามรายการดังนี้

- (1) มีสัญชาติไทย
- (2) มีบัตรประจำตัวคนพิการ
- (3) มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎรตำบลชัชพุทรา
- (4) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ
- (5) ในกรณีผู้พิการเป็นผู้ซึ่งต้องขังหรือจำคุกอยู่ในเรือนจำ ทัณฑสถาน

หรือสถานคุมขังของกรมราชทัณฑ์ หรือเป็นผู้ซึ่งถูกควบคุมอยู่ในสถานพินิจและคุ้มครอง  
เด็กและเยาวชน หรือศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน ให้ไปลงทะเบียนและยื่นคำขอรับ  
เบี้ยความพิการต่อผู้บังคับบัญชาการ หรือผู้อำนวยการตามสถานที่ที่อยู่

**จะได้รับการสงเคราะห์เท่าไร**

☺ จะได้รับเงินสงเคราะห์เดือนละ 800 บาท

# หลักฐานในการยื่น



## หลักฐานสำหรับคนพิการยื่นเอง

- (1) สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน 1 ชุด
- (2) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ชุด
- (3) สำเนาสมุดบัญชี (ออมทรัพย์) จำนวน 1 ชุด

## หลักฐานสำหรับผู้ยื่นแทน

- (1) สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน 1 ชุด
- (2) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ชุด
- (3) หนังสือมอบอำนาจ จำนวน 1 ชุด

## ยื่นเอกสารแล้วได้รับเงินเมื่อไร

ผู้พิการที่ขึ้นทะเบียนไว้ ตั้งแต่วันที่ 1 - 30 พฤศจิกายน ของทุกปี จะได้รับเบี้ยยังชีพ เริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม ของปีถัดไป (ไม่มีการจ่ายย้อนหลัง)

หมายเหตุ : เอกสารต้องลงลายมือชื่อ สำเนาถูกต้องทุกฉบับ  
ผู้พิการที่ไม่สามารถเขียนได้ ให้พิมพ์ลายมือแทน



# โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง

ผู้ป่วยเอดส์ คือ ผู้ป่วยที่แพทย์ได้รับรอง และทำการวินิจฉัยแล้ว

## คุณสมบัติที่จะได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วย

- (1) มีชื่ออยู่ในเขต อบต.ชัยพฤกษาร
- (2) ใบรับรองแพทย์

## เอกสารที่ใช้

- (1) สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ      จำนวน 1 ชุด
- (2) สำเนาทะเบียนบ้าน                      จำนวน 1 ชุด
- (3) สำเนาสมุดบัญชี (ออมทรัพย์)      จำนวน 1 ชุด

# การขอรับเงินผู้ป่วยเอดส์หรือ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (ต่อ)



## ☞ การยื่นคำขอรับการสงเคราะห์

😊 สามารถยื่นเอกสารได้ด้วยตนเองหรือ  
มอบอำนาจให้ผู้อื่นแทนได้

## ☞ จะได้รับการสงเคราะห์เท่าไร

😊 จะได้รับเงินสงเคราะห์เดือนละ 500 บาท