



## คู่มือปฏิบัติงานการจัดสวัสดิการสังคม

- ★ การยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- ★ การยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ
- ★ การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์



สัญลักษณ์ผู้สูงอายุ



สัญลักษณ์คนพิการ



สัญลักษณ์วันเอดส์โลก

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลโคกมั่งมอย

โทร. ๐-๔๔๔๔-๘๖๙๕ <http://www.kokmungngoi.go.th>

## คำนำ

องค์การบริหารส่วนตำบลโคกมั่งงอย งานพัฒนาชุมชนและสวัสดิการ มีบทบาทหน้าที่ ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโคกมั่งงอย และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลเหล่านี้ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนคนพิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ และรับคำร้องผู้ป่วยเอดส์เพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพฯ ให้กับบุคคลดังกล่าว โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ และระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติ ที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็ว และถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าว องค์การบริหารส่วนตำบลโคกมั่งงอย จึงได้จัดทำคู่มือการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ การยื่นคำร้องเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ขึ้น

องค์การบริหารส่วนตำบลโคกมั่งงอย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทาง ในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการ ต่อไป

นางวรรณภา โคตะ

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโคกมั่งงอย

## เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

๑. มีสัญชาติไทย
  ๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโคกมั่งงอย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ (ตามทะเบียนบ้าน)
  ๓. เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ปัจจุบันอายุ ๕๙ ปี บริบูรณ์ นับจนถึงวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๕ เกิดก่อนวันที่ ๒ กันยายน ๒๕๐๕)
  ๔. ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่
    - (ก) ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน
    - (ข) ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
    - (ค) ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ
- \* บุคคลตาม (ก) (ข) หรือ (ค) ไม่รวมถึงผู้พิการหรือผู้ป่วยเอดส์ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ หรือผู้ที่ได้รับสวัสดิการอื่นตามมติคณะรัฐมนตรี

**หมายเหตุ :** กรณีผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ย้ายภูมิลำเนาไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้สูงอายุจะต้องไม่ลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่นับแต่วันที่ย้าย แต่ไม่เกินเดือนพฤศจิกายนของปีนั้น โดยจะได้รับเงินจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมจนสิ้นปีงบประมาณ (กันยายน ๒๕๖๔) และรับเงินที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ในปีงบประมาณถัดไป (ตุลาคม ๒๕๖๔)

### ขั้นตอนการยื่นคำขอเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ภายในเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ ถึงเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๕ และเดือนมกราคม ๒๕๖๖ ถึง เดือนกันยายน ๒๕๖๖ ให้ผู้สูงอายุรายใหม่ที่ยังไม่เคยลงทะเบียนมาก่อน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์แล้ว และผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไปในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (นับอายุจนถึงวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๖) มาลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุด้วยตนเองได้ หรืออาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนได้ โดยยื่นลงทะเบียน ณ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลโคกมั่งงอย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ได้ในวันและเวลาราชการ

### เอกสาร หลักฐาน ประกอบแบบคำขอลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

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

**หมายเหตุ :** ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ อาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นมาเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับ องค์การบริหารส่วนตำบล/กิ่งกมั่งงอย พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้รับมอบอำนาจ

### การได้เงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

- จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับในปัจจุบัน (ปี ๒๕๖๖)
- 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           |

### การได้รับเงินเพิ่ม

(๑) ผู้สูงอายุที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์แล้ว แต่ยังไม่เคยลงทะเบียนฯ แล้วมาลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตั้งแต่ตุลาคม ถึง พฤศจิกายน ๒๕๖๕ และเดือนมกราคม ถึงกันยายน ๒๕๖๖ จะมีสิทธิได้รับเงินตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ เป็นต้นไป

(๒) ผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ในปีงบประมาณถัดไป (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖) ที่มาลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึง เดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๕ และเดือนมกราคม ถึง เดือนกันยายน ๒๕๖๖ จะมีสิทธิได้รับเงินในเดือนถัดไปจากเดือนที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์

(๓) การคำนวณอายุของผู้สูงอายุรายเดิม จะคำนวณตามปีงบประมาณไม่ใช่ปฏิทิน ไม่มีการเพิ่มเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในระหว่างปีงบประมาณ

### วิธีการคำนวณอายุของผู้สูงอายุ

การนับอายุว่าจะอยู่ในขั้นที่เท่าไร ให้นับ ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ของทุกปีเท่านั้น เช่น

๑) นาง ก. เกิดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๔๘๘ ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ นาง ก. จะอายุ ๗๗ ปี หมายความว่า นาง ก. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๗๐๐ บาท ในเดือน ตุลาคม ๒๕๖๕ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๖)

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

๓) นาง ค. เกิดวันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๐๖ มาลงทะเบียนภายในเดือนกันยายน ๒๕๖๕ นาง ค. จะอายุครบ ๖๐ ปี ในวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๖ หมายความว่า นาง ค. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๖๐๐ บาท ในเดือนเมษายน ๒๕๖๖ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๖)

๔) นาง ง. เกิดวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๐๖ มาลงทะเบียนภายในเดือนกันยายน ๒๕๖๕ นาง ง. จะอายุครบ ๖๐ ปี ในวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖ หมายความว่า นาง ง. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๖๐๐ บาท ในเดือนเมษายน ๒๕๖๖ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๖)

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

## การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑. ตาย
๒. ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖
๓. แจ้งสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  
เป็นหนังสือต่อองค์การบริหารส่วนตำบลโคกมั่งงอย

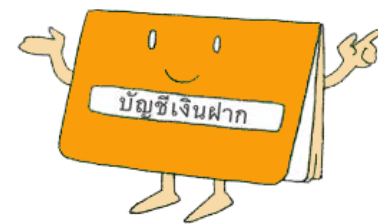


## หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๔. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง
๕. เมื่อย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น ต้อง  
แจ้งให้ องค์การบริหารส่วนตำบลโคกมั่งงอย  
ทราบ ภายในเดือนพฤศจิกายน ของปีนั้น

## การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

กรมบัญชีกลางจะเป็นผู้ดำเนินการโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้มีสิทธิ/ผู้ได้รับมอบอำนาจ ทุกวันที่ ๑๐ ของเดือน ทั้งนี้ ขอให้ผู้สูงอายุที่รับเงินโดยโอนเข้าบัญชี ตรวจสอบการโอนเงินในวันที่ ๑๑ ของทุกเดือน หากท่านใดไม่ได้รับการโอน กรุณาติดต่อ กองสวัสดิการสังคมองค์การบริหารส่วนตำบลโคกมั่งงอย



## เบี้ยยังชีพผู้พิการ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

ตรวจสอบคุณสมบัติของตนเอง ดังนี้

- ๑) มีสัญชาติไทย
- ๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโคกมั่งงอย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ
- ๓) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- ๔) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์

กรณีที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนึ่ง และได้ย้ายไปอยู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นหรือกรุงเทพมหานคร เมื่อคนพิการนั้นได้ไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ได้ย้ายภูมิลำเนาไป และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่จ่ายเบี้ยความพิการได้ในเดือนถัดไป แต่ทั้งนี้ จะดำเนินการจ่ายเงินเบี้ยความพิการได้จะต้องได้รับการยืนยันจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมที่จ่ายเงินเบี้ยความพิการว่าได้ประกาศถอดถอนรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไปแล้ว เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน

### ตัวอย่างบัตรและสมุดประจำตัวคนพิการ



แบบเก่า



ด้านหน้า



ด้านหลัง

แบบใหม่

## ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ

ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม “แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ”

๑. บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการฉบับจริง พร้อมสำเนา
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร

ให้คนพิการที่ได้จดทะเบียนคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการมาลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเอง ณ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลโคกมั่งงอย ซึ่งจะได้รับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป

**หมายเหตุ :** กรณีที่คนพิการไม่สามารถลงทะเบียนด้วยตนเองได้ อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทน แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย

## การจ่ายเงินเบี้ยความพิการ

กรมบัญชีกลางจะเป็นผู้ดำเนินการโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้มีสิทธิ/ผู้ได้รับมอบอำนาจ ทุกวันที่ ๑๐ ของเดือน ทั้งนี้ ขอให้ผู้พิการที่รับเงินโดยโอนเข้าบัญชี ตรวจสอบการโอนเงินในวันที่ ๑๑ ของทุกเดือน หากท่านใดไม่ได้รับการโอน กรุณาติดต่อ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลโคกมั่งงอย

## การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยความพิการ

๑. ตาย
๒. ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖
๓. แจ้งละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยความพิการเป็นหนังสือต่อองค์การบริหารส่วนตำบลโคกมั่งงอย

## หน้าที่ของผู้รับเบี้ยความพิการ

๑. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง
๒. ตรวจสอบวันหมดอายุของบัตรประจำตัวคนพิการ เนื่องจาก ถ้าบัตรประจำตัวคนพิการหมดอายุจะถูกระงับการจ่ายเงิน
๓. เมื่อย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น ต้องแจ้งให้องค์การบริหารส่วนตำบลโคกมั่งงอย ได้รับทราบทันทีเพื่อจะได้ไม่เสียสิทธิ

## ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ

๑. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลเพื่อวินิจฉัยออกใบรับรองความพิการ
๒. ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการ ได้ที่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชัยภูมิ หรือ ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลโคกม่วงย หลักฐานที่ใช้ ดังนี้
  - 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 ถ้าคนพิการจะให้มิใช่ผู้ดูแล ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแล อย่างละ ๑ ฉบับ
๓. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอทำบัตรประจำตัวคนพิการ ให้นำหลักฐานตามข้อ ๒.๔ และ ๒.๕ มาด้วย

## การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

การดำเนินการต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ สามารถต่อได้ที่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชัยภูมิ หรือ ณ สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลโคกม่วงย หลักฐานที่ใช้ มีดังนี้

๑. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม
๒. รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
๔. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
๕. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อให้นำหลักฐานตามข้อ ๓ และ ๔ มาด้วย

## การเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ

การดำเนินการเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ สามารถติดต่อได้ที่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชัยภูมิ หลักฐานที่ใช้ ดังนี้

๑. สมุด / บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม
๒. รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ
๔. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลเดิม
๕. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลใหม่ (หลักฐานข้อ ๓ - ๕) อย่างละ ๑ ฉบับ
๖. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ
๗. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการผู้รับรอง จำนวน ๑ ฉบับ

## เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

คุณสมบัติผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลโคกมั่งงอย
๒. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้งหรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

ขั้นตอนการยื่นคำขอเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ จะต้องมีการรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
๒. การยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลโคกมั่งงอยในกรณีที่ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอด้วยตนเองได้ อาจจะมีมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้ โดยใช้หลักฐานดังนี้
  - ๒.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
  - ๒.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง พร้อมสำเนา
  - ๒.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง พร้อมสำเนา
  - ๒.๔ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารใดก็ได้ พร้อมสำเนา

ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

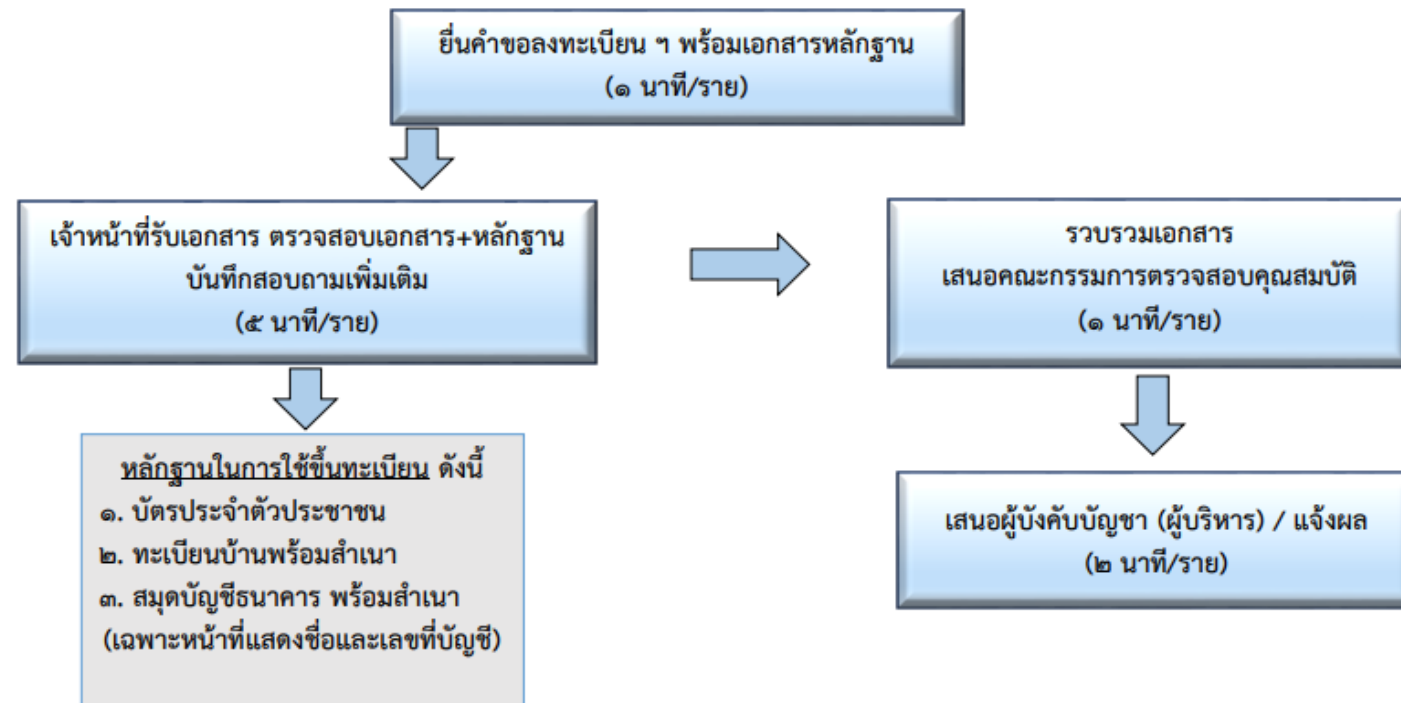
๑. กรณีผู้ป่วยเอดส์เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพได้ทุกกรณี
๒. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อยู่แล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาที่เข้าไปอยู่แห่งใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์จากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่) ซึ่งถ้าไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพฯ จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนาเท่านั้น

ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่า ป่วยเป็นโรคเอดส์ / AIDS เท่านั้น  
หากระบุว่าเป็น HIV หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง  
จะไม่เข้าหลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์

# ภาคผนวก

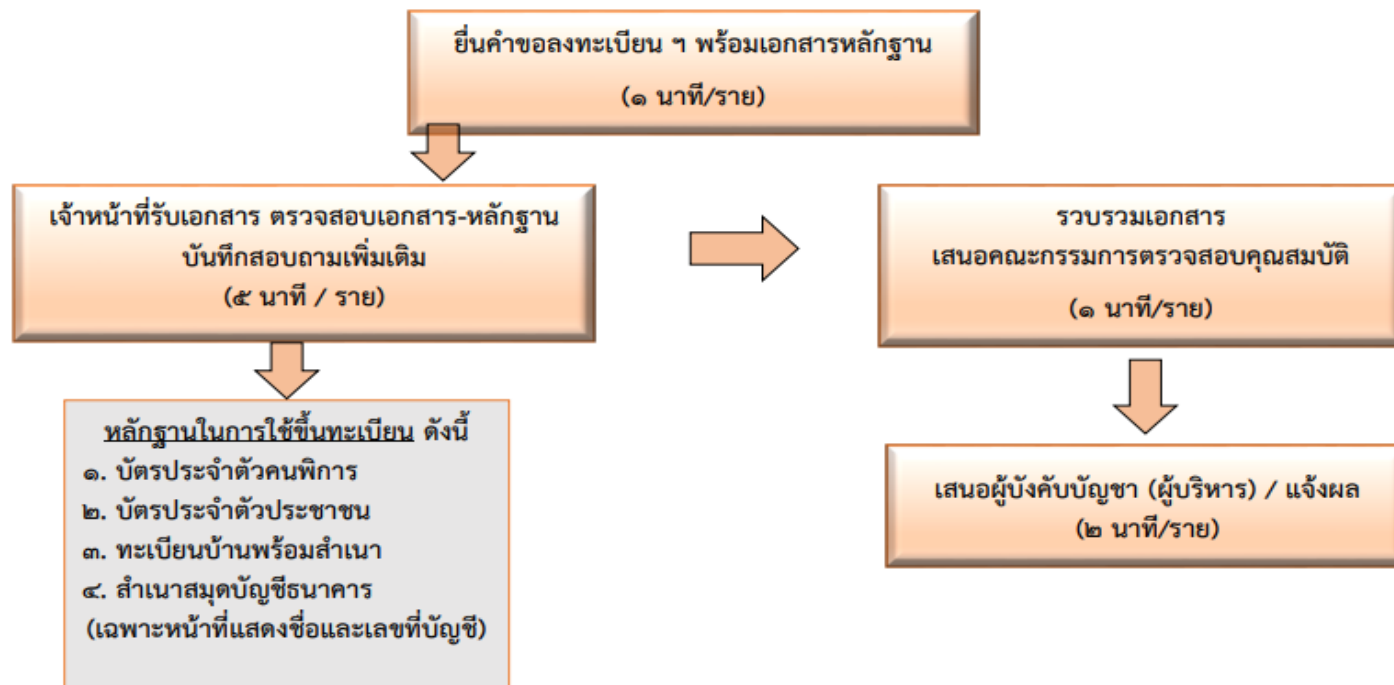


แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ  
(การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ)



ขั้นตอนการรับลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เดิม 10 นาที / ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด 8 นาที / ราย  
หมายเหตุ : รับขึ้นทะเบียนทุกเดือน หรือตามระเบียบกำหนด

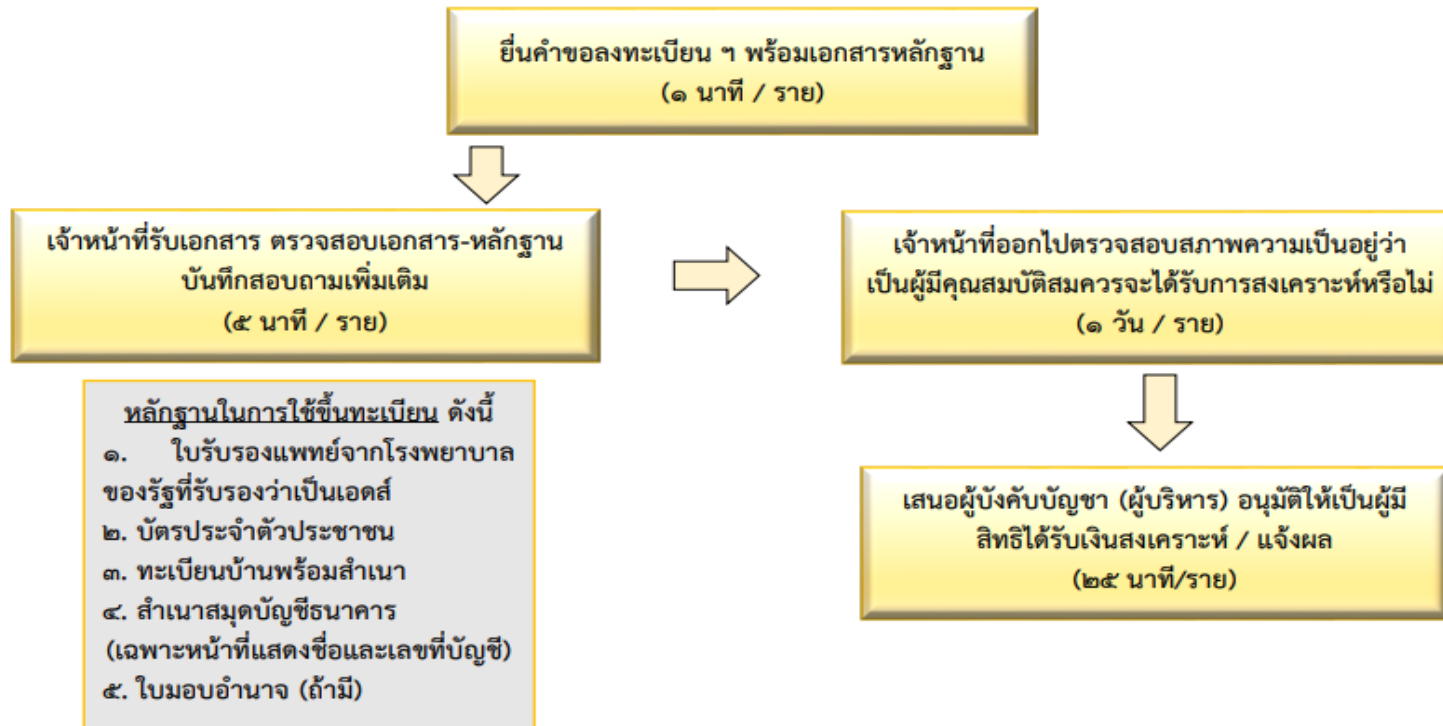
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ  
(การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ)



ขั้นตอนการรับลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ เดิม 10 นาที / ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด 8 นาที / ราย

หมายเหตุ : รับขึ้นทะเบียนทุกเดือน หรือตามระเบียบกำหนด

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ  
(การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์)



ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ เดิม 3 วัน / ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด 1 วัน / ราย  
หมายเหตุ : รับขึ้นทะเบียนทุกเดือน หรือตามระเบียบกำหนด

## สารพันคำถาม

ถาม : ผู้สูงอายุที่อยู่ในคุก สามารถขึ้นทะเบียนได้หรือไม่?

ตอบ : ขึ้นทะเบียนได้ เพราะถือว่าเป็นผู้มีสิทธิตามระเบียบ โดยมอบอำนาจให้  
บัญชาการเรือนจำ ผู้อำนวยการทัณฑสถาน หรือเจ้าหน้าที่ผู้บัญชาการเรือนจำ มอบหมายรับ  
ลงทะเบียนและนำมายื่นต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามกฎหมายของผู้นั้น โดยให้  
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถึงวันที่ลงทะเบียนในแบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพ  
ผู้สูงอายุเป็นสำคัญ

ถาม : บุคคลที่เป็นโรคเรื้อนและได้รับเงินจากกรมควบคุมโรค สามารถลงทะเบียนผู้สูงอายุ  
ได้หรือไม่

ตอบ : ลงทะเบียนได้

ถาม : ถ้าผู้สูงอายุรับเงินเบี้ยความพิการและผู้ป่วยเอดส์อยู่แล้ว จะสามารถลงทะเบียนรับเงิน  
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้หรือไม่

ตอบ : ได้

ถาม : พระภิกษุสงฆ์สามารถลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้หรือไม่

ตอบ : ได้ ยกเว้น พระภิกษุสงฆ์ที่ได้รับเงินเดือน (เงินนิตยภัต) เช่น เจ้าอาวาส  
เจ้าคณะตำบล เป็นต้น

ถาม : ข้าราชการที่ได้รับเงินบำเหน็จ สามารถลงทะเบียนผู้สูงอายุได้หรือไม่

ตอบ : ได้

ถาม : ผู้ที่ดำรงตำแหน่งทางการเมือง เช่น นายก อบต., รองนายก อบต., สมาชิกสภา, กำนัน,  
ผู้ใหญ่บ้าน สามารถลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้หรือไม่

ตอบ : ไม่สามารถลงทะเบียนได้ เนื่องจาก มีเงินเดือนประจำ แต่เมื่อพ้นจากตำแหน่งแล้ว  
สามารถลงทะเบียนได้

\*\*\*\*\*

มีข้อสงสัยนอกเหนือจากคู่มือฯ ติดต่อสอบถามได้ที่  
กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลโคกม่วง

โทรศัพท์ ๐๔๔ ๘๔๘๖๙๕

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๕

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ลงทะเบียน  
ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ  
๐-๐๐๐๐-๐๐๐๐๐๐-๐๐-๐ ที่อยู่.....  
โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....  
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนา  
ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ ซอย.....ถนน.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ ๐-๐๐๐๐๐-๐๐๐๐๐๐-๐๐-๐

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

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ  
บำเหน็จรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและข้าพเจ้ายินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับ  
ฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ) .....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</b></p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/</p> <p>.....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน</p> <p><input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ) .....</p> <p>( ..... )</p> <p>เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p> | <p><b>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</b></p> <p>เรียน นายก เทศมนตรี/อบต. ....</p> <p>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว</p> <p>มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน    <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) .....</p> <p>( ..... )</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) .....</p> <p>( ..... )</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) .....</p> <p>( ..... )</p> |
| <p><b>คำสั่ง</b></p> <p><input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน    <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน    <input type="checkbox"/> อื่น ๆ .....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ) .....</p> <p>( ..... )</p> <p>นายก เทศมนตรี/อบต. ....</p> <p>วัน/เดือน/ปี .....</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

ข้อความบนภาพ: ให้อิสลามที่ขึ้นศาลจะเบียดเบียนได้

ชื่อ -สกุล (ผู้ลงทะเบียน) ..... เลขประจำตัวประชาชนผู้มีมอบอำนาจ .....

□-□□□□-□□□□□□-□□-□      เกิดวันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

ที่อยู่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตำบล \_\_\_\_\_ อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

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

โดยมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพฯ ตั้งแต่ เดือน ..... พ.ศ. .... ได้รับเงิน จำนวน ..... บาท

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและทางช่วงเวลาในการลงทะเบียน ในอัตราตามที่แนบไป ภายในวันที่ ๓๐ ของทุกเดือน

กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนา ไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น **แห่งใหม่** ภายในเดือน **กันยายนของปีนั้น** ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้รับเบี้ยผู้สูงอายุ ณ องค์การบริหารส่วนตำบล แคนเหนือจนสิ้นปีงบประมาณ และรับที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ในปีงบประมาณถัดไป เพื่อเป็นการรักษาสวัสดิภาพ ต่อเนื่อง

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๔

## แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามเ-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ

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

เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ชื่อ.....นามสกุล.....

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

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

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

โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนคนพิการ/ประชาชนที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา  
☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้  
☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางออทิสติก  
☐ พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

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

เกี่ยวข้องกับ ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามเ-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ อื่นๆ.....

**ข้อมูลทั่วไป :** สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ในใหม่เมื่อ.....

☐ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

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

☐ มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๓ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี ☐☐☐-☐-☐☐☐☐-☐

**พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้**

☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....  
(.....)

(ลงชื่อ).....  
(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

(ข้อความรอยเส้นประ ให้อ่านพิจารณาใหม่ที่ยื่นคำขอลงทะเบียนไว้)

ยื่นแบบคำขอขึ้นทะเบียน เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยจะได้รับเงิน เบี้ยความพิการ ในเดือนถัดไป ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๓๐ ของทุกเดือน กรณีย้ายที่อยู่ไปอยู่ ที่อื่นในระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ จะต้องไปยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่ทำการองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนนั้น ๆ เพื่อรักษาสิทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนนั้น ๆ

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๔

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

ผู้ยื่นคำขอ ( ) แจ้งด้วยตนเอง

( ) ผู้ยื่นคำขอ ฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ-สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....


[Home](#)
[About Us](#)
[Contact Us](#)
[Privacy Policy](#)
[Terms & Conditions](#)
[Feedback](#)

Insight \_\_\_\_\_

15000

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

เลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ต.รอก/ขอย \_\_\_\_\_ อ.ถนน \_\_\_\_\_ พ.บ้าน/ชุมชน \_\_\_\_\_

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

**Twinkl**

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของณัฏวิทย์เอดส์ที่ขึ้นคำขอ   □-□□□□-□□□□□-□□-□

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

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

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

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๓ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

พร้อมแบบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรปถ่าย

☐ ส่วนประกอบอื่น

☐ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยหน่วยงานของรัฐ ยืนยันว่าผู้ป่วยเป็นเอดส์ จริง

☐ หนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ (ในการยื่นคำขอ  
แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(๓๕๖).....

( )

( )

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

## เจ้าหน้าที่ยุติจบทะเบียน

หมายเหตุ : ให้ใส่ค่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ