



การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับ¹
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียน
และยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ
การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
ผู้ป่วยเอดส์

งานพัฒนาชุมชน
เทศบาลตำบลล้านป่าตอง

คำนำ

งานพัฒนาชุมชน สำนักเทศบาลตำบลสันป่าตอง มีบทบาทหน้าที่ในการจัด สร้างสรรค์การ สังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางลั่งค์ในเขตเทศบาลตำบลสันป่าตอง และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคล เหล่านี้ รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การ รับลงทะเบียนคน พิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ และรับคำร้องผู้ป่วยเอดล์เพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดล์ รวมทั้งการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพ ให้กับบุคคลดังกล่าว โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วย การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘ ระเบียบ กระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๙ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่าย เบี้ยความพิการขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็ว และถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าวเทศบาลตำบล สันป่าตอง จึงได้จัดทำคู่มือการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียน และยื่น คำขอรับเงินเบี้ยความพิการ การยื่นคำร้องเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดล์ ขึ้น

เทศบาลตำบลสันป่าตอง หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ป่วยเอดล์ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัด เจนซึ่งจำ ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการ ต่อไป

งานพัฒนาชุมชน สำนักงานปลัด
เทศบาลตำบลสันป่าตอง

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพฯ

ผู้สูงอายุ

ตรวจสอบดูคุณสมบัติของตัวเอง ตามรายการดังนี้

- (1) มีสัญชาติไทย
- (2) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต เทศบาลตำบลสันป่าตอง (ตามทะเบียนบ้าน)
- (3) เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ใน ปีถัดไป
- (4) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใด จากหน่วยงานของรัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ หรือเบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใด ในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ได้รับเงินเดือน



ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบ กระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อ การยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กรณีได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้ว และได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่เทศบาลตำบลสันป่าตอง จะต้องมาขึ้นทะเบียนที่ ทต.สันป่าตอง อีกครั้งหนึ่งภายใน ๑ - ๓๐ พฤศจิกายน

ขั้นตอนการลงทะเบียน เพื่อของรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ขึ้นเอกสาร หลักฐาน ગરબાર્મ બેબ્બિંગ કાંચાલં
હૈબેન રિબ ગેન બેયાં ચીપ ફુસું ઓયુ

- © બદરપ્રાજાત્વપ્રચાર હોબ્ટર હીન્થી ઓક ડોય હન્ને ગાંગ ઓં રસ્સુ હી મીરૂપ ટાય પ્રોમ સ્માના
- © હૈબેન બાન પ્રોમ સ્માના
- © સ્મુડબ્યુચી ગેન ફાગ ના કાર પ્રોમ સ્માના (એપાહના ટી સેટિ ચી અન્દે લેખ ટી બ્યુચી) સ્માર્ચ ગ્રાની ટી ફુસું ઓયું બેયાં ચીપ ફુસું ઓયું પાન ના કાર હ્યાય હેઠું : ને ગ્રાનીની
ફુસું ઓયું ટી મેસાર ગમાલ હૈબેન બેયાં ચીપ ફુસું ઓયું પાન ના કાર હ્યાય હેઠું : ને ગ્રાનીની
મોબાઇલ ટી ડોય ટી ફુસું ઓયું બાન જ ટી ફુસું ઓયું બેન ફુસું ઓયું કાંચ ઓં રિબ
મોબાઇલ

** ઓં રિબ બેબ્બિંગ કાંચ ઓં હૈબેન ફુસું ઓયું અન્દે યૈન એકાસાર

પ્રગબ ટી ટી એન પ્રેમન ચુમચન હ્યા.સ્નેપ ટોં**

การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพ แบบขั้นบันได

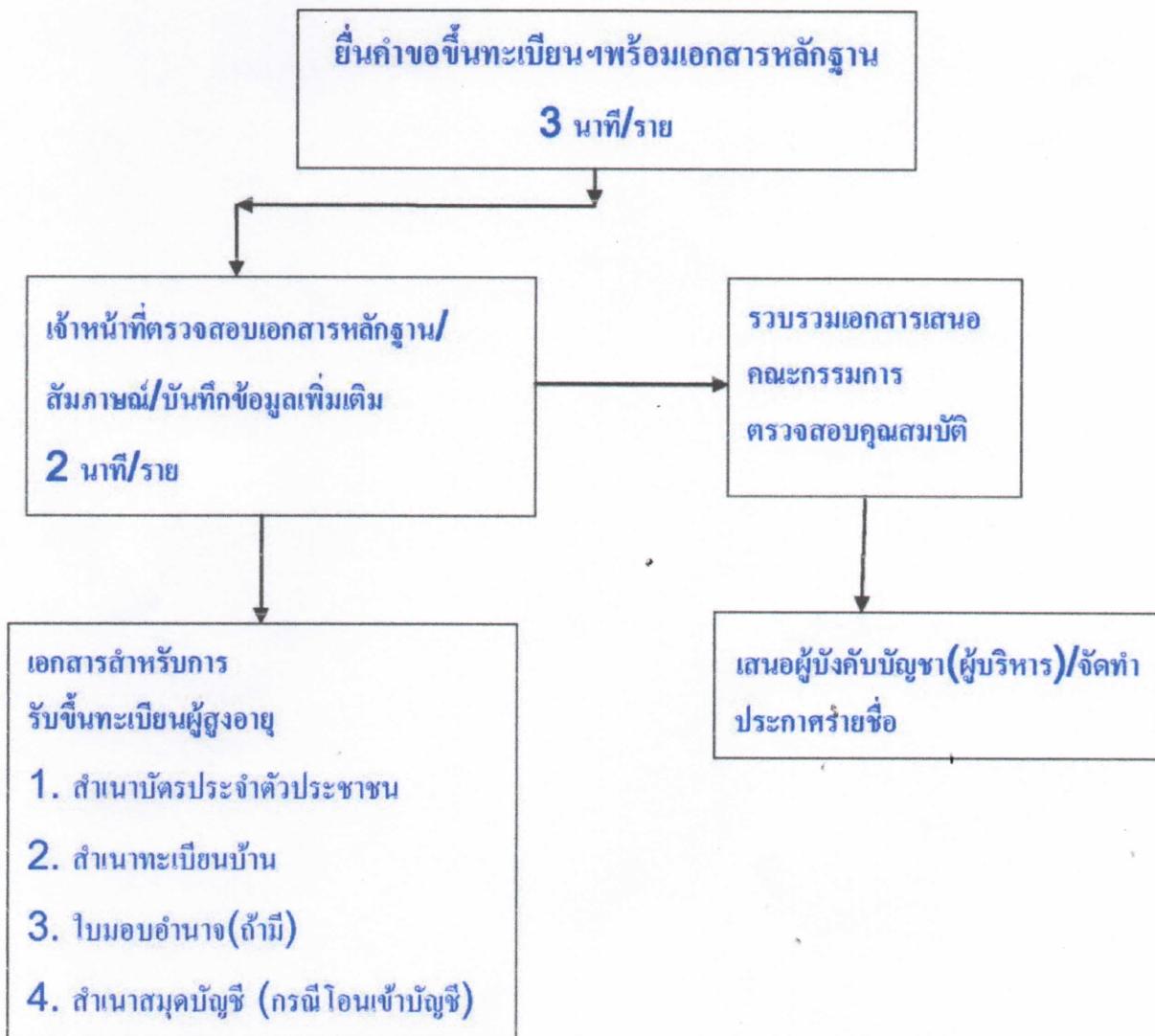
จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือน ผู้สูงอายุจะได้รับใน ปัจจุบัน (ปี๒๕๕๗) การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่
ผู้สูงอายุ คิดใน อัตราเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได แบบ “ขั้นบันได” หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของ
ผู้สูงอายุออกเป็นช่วง ๆ หรือเป็นขั้นหลั่นไปเรื่อย ๆ โดยเริ่ม ตั้งแต่
ปีที่ อายุ ๖๐ ปี

โดยคำนวณตามปีงบประมาณไม่ใช้ปีปฏิทิน และไม่มีการเพิ่ม
ของอายุ ระหว่างปีตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือน
สำหรับผู้สูงอายุ

(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

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
(การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ)



ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ เดิม ๑๐ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด
๓-๕ นาที/ราย

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาอ้างคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้อ้างคำขอ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น..... กับผู้สูงอายุที่ขอลับทะเบียน
ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ)..... เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
□-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่.....
โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

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

เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. อายุ..... ปี สัญชาติ..... มีเชื้อสายในสำเนา
ทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่ที่/ชุมชน..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... สันป่าตอง จังหวัด..... เชียงใหม่.....

รหัสไปรษณีย์..... ๔๐๑๗๐ โทรศัพท์..... หมายเลขอับตรประจاتัวประชาชนของ
ผู้สูงอายุที่อ้างคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□ อาชีพ..... รายได้/ด.
สถานภาพสมรส □ โสด □ สมรส □ หม้าย □ หย่าร้าง □ แยกกันอยู่ □ อื่นๆ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ | <input type="checkbox"/> ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ |
| <input type="checkbox"/> ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ | <input type="checkbox"/> ย้ายภูมิลำเนาเข้ามายังใหม่ เมื่อ..... |

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> รับเงินสดด้วยตนเอง | <input type="checkbox"/> รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ |
| <input type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ | <input type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ |

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย | <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน |
| <input type="checkbox"/> สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร) | |
| <input type="checkbox"/> หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ | |

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ บำเหน็จรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้อ้างคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขึดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง □ หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว หมายเลขอปตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายกเทศมนตรีตำบลสันป่าตอง คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ลงชื่อ) (นายเกษม สถาพินิจ) นายกเทศมนตรีตำบลสันป่าตอง วัน/เดือน/ปี</p>	

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนถือไว้)

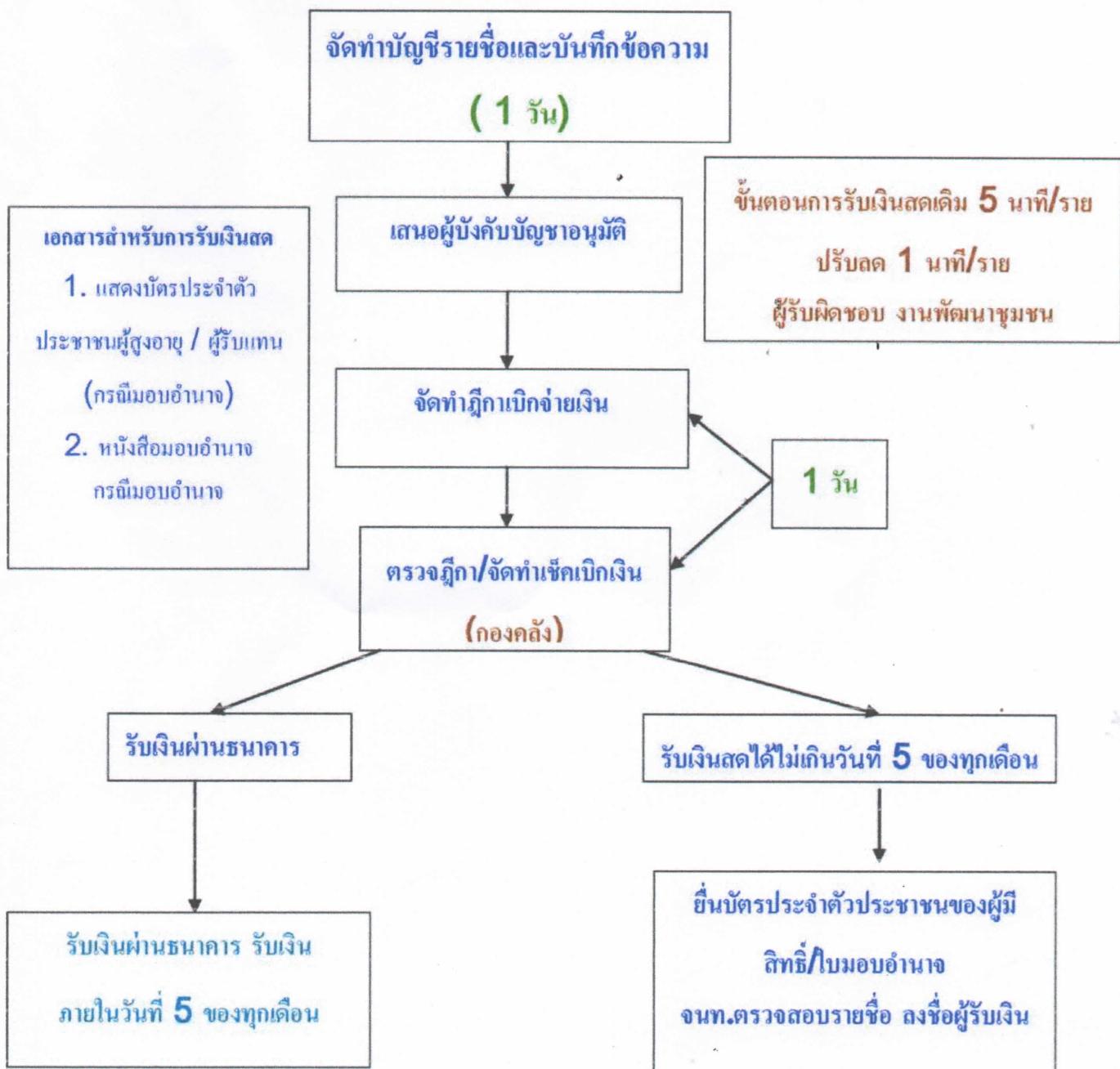
ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๐ ถึง เดือนกันยายน ๒๕๖๑ ในอัตราขั้นบันได รายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น (ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๕๙ ถึง วันที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๐) จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ท้องที่กรุงเทพมหานคร สำหรับผู้ที่ยังคงอยู่ในเดือน พฤษภาคม ๒๕๖๐ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

(ลงชื่อ)
(.....)
เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน



แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การเบิก-จ่ายเบี้ยผู้สูงอายุ)



ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ

1. ไปพบแพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสารรับรองความพิการ
2. ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดโดยใช้เอกสารตั้งต่อไปนี้
 - 2.1 เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยแพทย์เฉพาะทาง(ตัวจริง)
 - 2.2 รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
 - 2.3 สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
 - 2.4 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
 - 2.5 กรณีผู้ดูแลคนพิการ ให้นำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลพิการจำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ
3. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อ ขอทำบัตรประจำตัวคนพิการ ให้นำหลักฐาน ตามข้อ ๒.๔ - ๒.๕ มาด้วย

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับ ^{*} เงินเบี้ยความพิการ

ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม แบบคำขอ
ลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

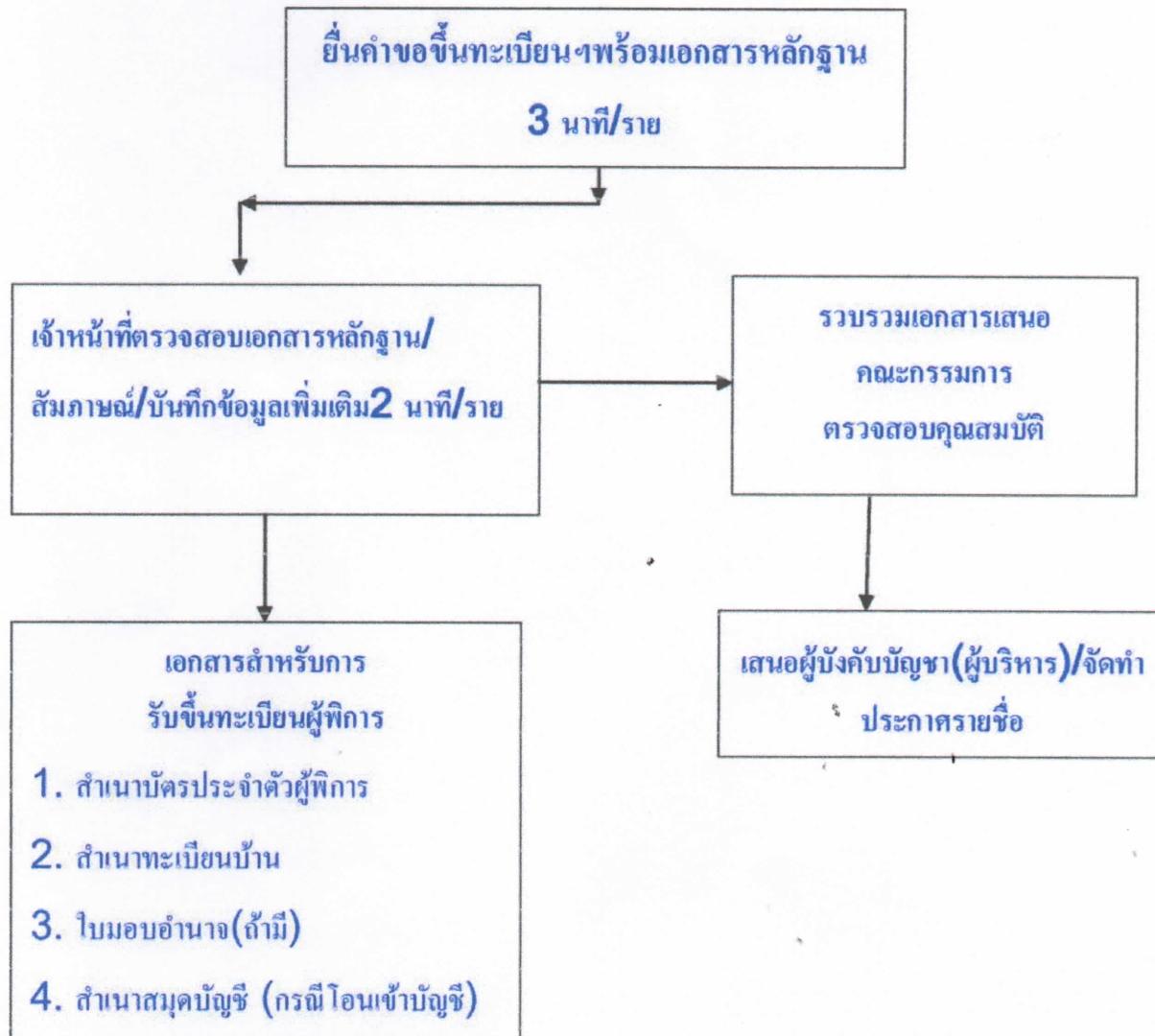
© บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริม คุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับจริง พร้อมสำเนา

© ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา

© สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อม สำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดง ชื่อ และเลขที่บัญชี) สำหรับกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการผ่านธนาคาร หมายเหตุ : ในกรณีผู้พิการที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการได้โดย ให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อที่ ทต.สันป่าตอง พร้อมสำเนาบัตรประจำตัว ประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

**ขอรับแบบคำขอขึ้นทะเบียนคนพิการ และยื่นเอกสาร
ประกอบ ได้ที่งานพัฒนาชุมชน ทต.สันป่าตอง**

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
(การรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ)



ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ เดิม ๑๐ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด
๓-๕ นาที/ราย

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำเดือน พ.ศ.

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา-มารดา บุตร สามี-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..... มีเชื้อสายในสำเนา

ทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ชุมชน..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... สันป่าตอง..... จังหวัด..... เชียงใหม่..... รหัสไปรษณีย์..... ๕๐๑๒๐.....

โทรศัพท์.....

หมายเลขอัตร率ประจำตัวประชาชนของคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ - - -

ประเภทความพิการ ความพิการทางการมองเห็น ความพิการทางสติปัญญา

ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้

ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางอหิตสติก

ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ

เคยได้รับ(ယ้ายกย่องสำเนา) เข้ามายื่นให้ เมื่อ.....

ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อื่นๆ(ระบุ).....

มีอาชีพ (ระบุ) รายได้ต่อเดือน (ระบุ) (บาท)

มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคาร..... สาขา..... เลขที่บัญชี - -

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ).....

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

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ/เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ : ให้ขึ้นมาข้อความที่ไม่ต้องการกรอก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ 'ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว.....</p> <p>หมายเลขอัตรประจำตัวประชาชน <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"/></p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้</p> <p>(ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p style="text-align: center;">เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีตำบลสันป่าตอง คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p>(ลงชื่อ)..... (นายเกشم สถาพนิจ) นายกเทศมนตรีตำบลสันป่าตอง วัน/เดือน/ปี.....</p>	

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

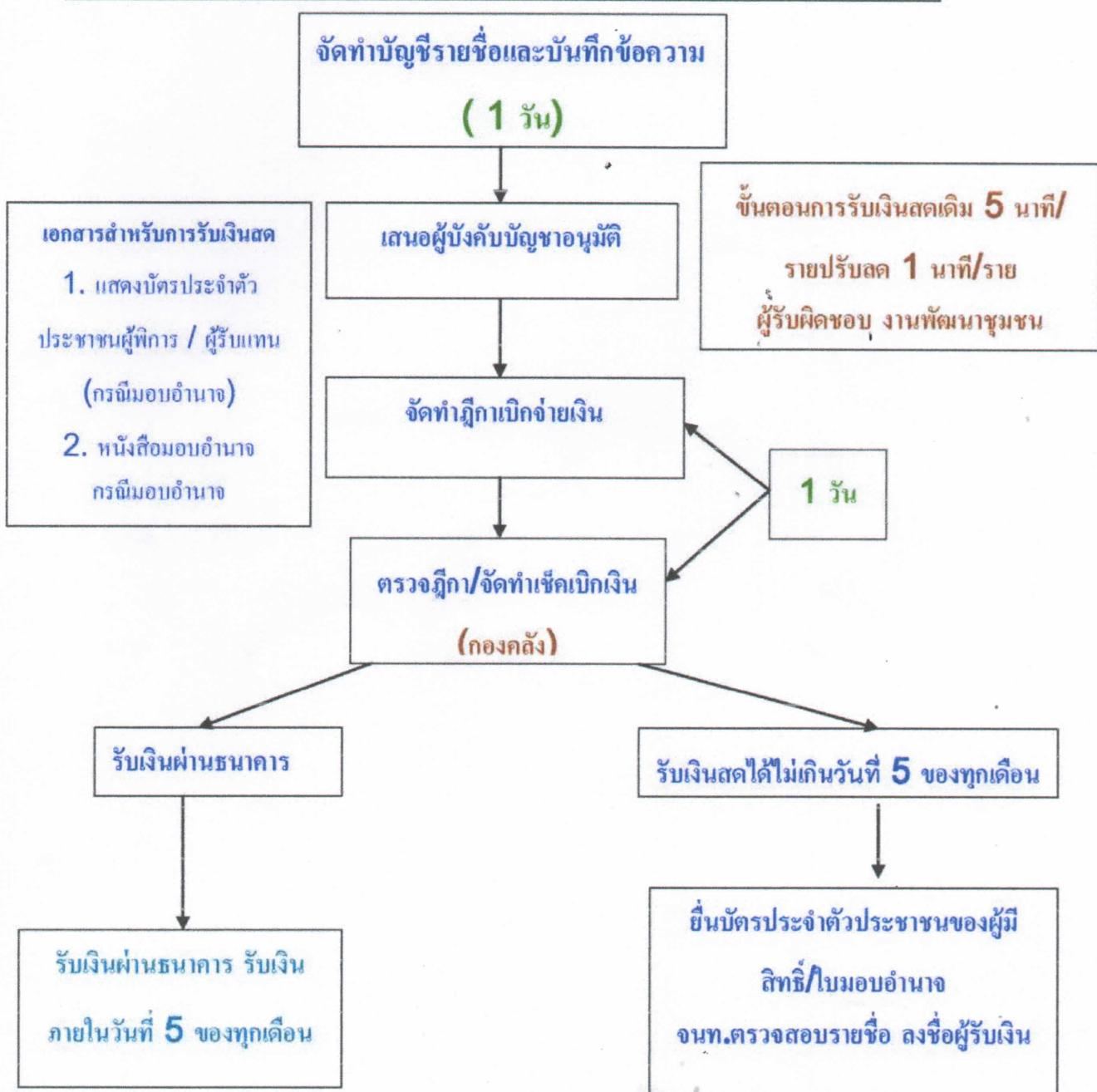
ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือน..... พ.ศ. ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายที่อยู่ไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ท้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แห่งใหม่ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

(ลงชื่อ).....
(.....)
ตำแหน่ง
เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน



แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การเบิก-จ่ายเบี้ยความพิการ)



การสินสุดการรับเงินเบี้ย

1. ตาย
2. ข้ามภูมิลำเนาไปนอกเขตเทศบาลตำบลลันป่าตอง
3. แจ้งஸະສິທີກາຮອບເງິນເບື້ຍຍັງຊື່ພ
4. ขาดຄຸນສມບັດ

หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพ

ผู้สูงอายุ และคนพิการ

1. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง
2. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพ หรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเงินสด ต้องมารับเงินให้ตรงตามวัน เวลา ที่กำหนด
3. เมื่อย้ายถูมลำเนาจาก ทต.สันป่าตอง ไปอยู่ภูมิลำเนาอื่น ต้องแจ้งข้อมูลเพื่อให้ ทต.สันป่าตอง ได้รับทราบ
4. ให้ไปที่รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ และดูการมีชีวิตอยู่ ต่อ ทต.สันป่าตอง ระหว่างวันที่ ๑ กันยายน - ๕ ตุลาคม ของทุกปี
5. กรณีตาย ให้ผู้ดูแลหรือญาติของผู้สูงอายุ หรือคนพิการของผู้รับเงินเบี้ยยังชีพแจ้งการตาย ให้ ทต.สันป่าตองได้รับทราบ (พร้อมสำเนาใบมรณบัตร) ภายใน ๓ วัน



(เอกสารสำคัญ)



แบบตรวจสอบสถานะ และความประสงค์ในการรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และผู้พิการ
ในเขตเทศบาลตำบลสันป่าตอง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่
(กรณีผู้ที่โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร)

**** กรุณารอกรายละเอียดอย่างถูกต้อง เพื่อเป็นการรักษาสิทธิ์ในการรับเบี้ยยังชีพของท่าน
ทั้งนี้ หากผู้มีสิทธิ์ฯ ไม่ได้อยู่ในขณะรับเอกสารนี้ บุตร หลาน สามารถกรอกข้อมูลแทนได้ ****

ชื่อผู้รับเบี้ย.....

สิทธิ์การรับเบี้ยยังชีพ

เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เบี้ยความพิการ

สถานะของผู้มีสิทธิ์

- ยังมีชีวิตอยู่ และประสงค์รับเบี้ยยังชีพต่อไป
- เสียชีวิตแล้ว เมื่อ.....
- อายุบ้านเลขที่เดิม
- ย้ายที่อยู่ใหม่ไปที่.....

เมื่อวันที่.....
 รับเงินบำนาญ รับเบี้ยหัวด็อก รับบำนาญพิเศษ รับบำเหน็จรายเดือน รับเงินนิตยภัต
 ถูกจำคุก

ความประสงค์ในการรับเบี้ยยังชีพ

- เปลี่ยนมาเป็นรับเงินสดในปีงบประมาณ ต่อไป
- โอนเข้าธนาคารเดิมคือ..... หมายเลขอัญชี.....
- เปลี่ยนโอนเข้าธนาคารใหม่คือ..... หมายเลขอัญชี.....

กรณีเปลี่ยนบัญชีใหม่ แบบสำเนาหน้าบัญชีที่มีหมายเลขอัญชี

ลงชื่อ.....

ผู้มีสิทธิ์รับเบี้ยยังชีพ

(

) โทร.....

กรุณากรอกหมายเลขอรหัสพท
เพื่อสะดวกในการติดต่อ

กรณีบุตรหลาน กรอกแทน

ลงชื่อ.....

ผู้แทน/ผู้ให้ข้อมูล

(

) โทร.....

หมายเหตุ **** เมื่อกรอกรายละเอียดแล้วให้ส่งแบบสอบถามกลับมาที่ งานพัฒนาชุมชนโดยตรง
หรือส่งทางไปรษณีย์

งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดเทศบาล

เทศบาลตำบลสันป่าตอง

675 หมู่ 1 ต.ยุหว่า อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่

50120

หากไม่สะดวกจริงๆ สามารถโทรศัพท์แจ้งรายละเอียดได้ ที่หมายเลข 053-355270 ต่อ 126
ในเวลาราชการ ทั้งนี้ตั้งแต่ ที่ได้รับหนังสือฉบับนี้ จนถึงวันที่ 3 ตุลาคม 2559

หนังสือมอบอำนาจ

เลขที่...../.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... อายุบ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... ชุมชน.....

ข้อมอบอำนาจให้..... อายุ..... ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... อายุบ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... ความเกี่ยวพันเป็น.....

เป็นผู้มีอำนาจในการรับเงิน.....

ในปีงบประมาณ 2560 แทนข้าพเจ้าและมีระยะเวลาการมอบอำนาจไม่เกินปีงบประมาณ พ.ศ. 2560

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้สมേอันว่าข้าพเจ้า
ได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นี้มือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ)..... ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน

(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

เลขที่...../.....

เชิญที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... อาชญากรรม.....ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... อายุบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... ชุมชน.....

ข้อมอบอำนาจให้..... อาชญากรรม.....ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... อายุบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... ความเกี่ยวพันเป็น.....

เป็นผู้มีอำนาจในการรับเงิน.....

ของข้าพเจ้า **ผ่านทางธนาคาร** ของผู้รับมอบอำนาจ ตลอดจนมีอำนาจทำนิติกรรมแทนข้าพเจ้ากับ
เทศบาลตำบลลันป่าตอง ในปีงบประมาณ 2560 แทนข้าพเจ้าและมีระยะเวลาการมอบอำนาจไม่เกิน
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้ เสมือนว่าข้าพเจ้า
ได้กระทำการด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ)..... ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน

(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน

(.....)

ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้ป่วยเอดส์

1. ผู้ป่วยเอดส์ได้สิทธิ์ได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องปีใบอนุญาตของแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
2. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขต ทต.สันป่าตอง
3. การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ งานพัฒนาชุมชน ทต.สันป่าตอง โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่นดังนี้
 - 3.1 ใบอนุญาตของแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
 - 3.2 บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
 - 3.3 ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
4. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้
5. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด

6. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายซื้อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้อง ขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนา เท่านั้น
7. กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้องแจ้งให้งานพัฒนาชุมชน ทต. สันป่าตอง ทราบภายใน ๓ วัน

บริบูรณ์แพทย์จะต้องระบุว่าป่วยเป็น โรคเอดส์ /AIDS เท่านั้น หากระบุว่าป่วยเป็น HIV หรือภูมิคุ้มกัน บกพร่อง จะไม่เข้าหลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์

แบบคำขอรับการลงทะเบียน

ลำดับที่ /๒๕.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลลันป่าตอง

ด้วย..... เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่
หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์ ขอแจ้งความ
ประสงค์ขอรับการลงทะเบียนลงทะเบียนเพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติมดังนี้

๑. ที่พักอาศัย

- () เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ชำรุดทรุดโทรมมาก () ชำรุดทรุดโทรมบางส่วน
() มั่นคงถาวรสี
() เป็นของ เกี่ยวข้องเป็น

๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง สามารถเดินทางได้

- () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก
อยู่ห่างจากชุมชน / หมู่บ้านเป็นระยะทาง สามารถเดินทางได้
() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก
อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง สามารถเดินทางได้
() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

๓. การพักอาศัย

- () อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก มาประมาณ ปี
() พักอาศัยกับ รวม คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน คน
มีรายได้รวม บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก

๔. รายได้ - รายจ่าย

มีรายได้รวม บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้
นำไปใช้จ่ายเป็นค่า

บุคคลที่สามารถติดต่อไป สถานที่ติดต่อ
หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์ ๕๐๑๒๐
โทรศัพท์ โทรสาร เกี่ยวข้องเป็น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ให้ถ้อยคำ
(.....)



(เอกสารสำคัญ)



แบบตรวจสอบสถานะ และความประสงค์ในการรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
ในเขตเทศบาลตำบลลันป่าตอง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่
(กรณีผู้ที่โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร)

**** กรุณารอกรายละเอียดอย่างถูกต้อง เพื่อเป็นการรักษาสิทธิในการรับเบี้ยยังชีพของท่าน
ทั้งนี้ หากผู้มีสิทธิฯ ไม่ได้อยู่ในขณะรับเอกสารนี้ บุตร หลาน สามารถกรอกข้อมูลแทนได้ ****

ชื่อผู้รับเบี้ย.....

สถานะของผู้มีสิทธิ์

- ยังมีชีวิตอยู่ และประสงค์รับเบี้ยยังชีพต่อไป
- เสียชีวิตแล้ว เมื่อ.....
- อยู่บ้านเลขที่เดิม
- ย้ายที่อยู่ใหม่ไปที่..... เมื่อวันที่.....
- รับเงินบำนาญ รับเบี้ยหวัด รับบำนาญพิเศษ รับบำเหน็จรายเดือน รับเงินนิตยภัต
- ถูกจำคุก

ความประสงค์ในการรับเบี้ยยังชีพ

- เปลี่ยนมาเป็นรับเงินสดในปีงบประมาณ ต่อไป
- โอนเข้าธนาคารเดิมคือ..... หมายเลขอปูยชี.....
- เปลี่ยนโอนเข้าธนาคารใหม่คือ..... หมายเลขอปูยชี.....

กรณีเปลี่ยนบัญชีใหม่ แบบสำเนาหน้าบัญชีที่มีหมายเลขอปูยชี

ลงชื่อ..... ผู้มีสิทธิ์รับเบี้ยยังชีพ

()

) โทร.....

กรุณารอหมายเลขโทรศัพท์
เพื่อสะดวกในการติดต่อ

หมายเหตุ **** เมื่อกรอกรายละเอียดแล้วให้ส่งแบบสอบถามกลับมาที่ งานพัฒนาชุมชนโดยตรง

หากไม่สะดวกจริงๆ สามารถโทรศัพท์แจ้งรายละเอียดได้ ที่หมายเลข 053-355270 ต่อ 126
ในเวลาราชการ ทั้งนี้ตั้งแต่ ที่ได้รับหนังสือฉบับนี้ จนถึงวันที่ 3 ตุลาคม 2559

สำหรับเจ้าหน้าที่

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับแสดงตน

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่