



คู่มือการปฏิบัติงาน

การขอรับเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยเอดส์
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗



จัดทำโดย
องค์การบริหารส่วนตำบลหนองพันทา

คำนำ

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองพันทา สำนักปลัด งานสวัสดิการสังคม มีภารกิจหลักในการปฏิบัติงานรับ
ขึ้นทะเบียน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วย
หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2552 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4)
พ.ศ.2562 ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2562 และระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงิน
สงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2548 เพื่อเป็นการช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ ผู้พิการ
และผู้ป่วยเอดส์ ในการดำรงชีวิตและมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนสามารถทำความเข้าใจในรายละเอียดของการรับขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพ
ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ และรายละเอียดในการจ่ายเบี้ยยังชีพ เพื่อที่จะนำไปสู่การให้บริการในการรับ
ขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และถูกต้อง องค์การบริหารส่วนตำบลหนองพันทา จึงได้จัดทำคู่มือ
รายละเอียดในการจ่ายเบี้ยยังชีพฉบับนี้ขึ้น โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าประชาชนจะได้รับข้อมูลรายละเอียด เงื่อนไข
ในการมีสิทธิได้รับขึ้นทะเบียน รายละเอียดสิทธิต่างๆที่ประชาชนพึงได้รับหลังการลงทะเบียน และได้ทราบ
แนวทางปฏิบัติ ที่ชัดเจนซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าว และประชาชนที่มาขอรับบริการ

สำนักปลัด งานพัฒนาชุมชน
โทร.๐๔๒-๕๙๐๙๘๘๙



สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ผู้สูงอายุ	
การรับขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยผู้สูงอายุ	๓
กรณีมอบอำนาจ การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๔
เอกสารหลักฐาน หนังสือมอบอำนาจ	๕
เอกสารหลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม แบบคำขอลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๖
แบบคำขอลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๗
คนพิการและผู้ป่วยเอดส์	
การรับขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพคนพิการ	๘
การขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ	๙
การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์	๑๐
เอกสารหลักฐานที่ใช้สำหรับการลงทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์	๑๑
กรณีผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ทำการย้ายภูมิลำเนาเข้ามาในพื้นที่	๑๒
การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์	๑๓
เอกสารหลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม แบบคำขอลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพคนพิการ	๑๔
กรณีมอบอำนาจผู้พิการ	๑๕

การขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ หรือเบี้ยยังชีพคนชรา คือ เงินช่วยเหลือที่ภาครัฐจัดสรรไว้ให้กับผู้สูงอายุ เพื่อแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือน และในทุกๆ ปีจะมีการเปิดให้ผู้สูงอายุรายใหม่ๆ ที่มีสิทธิเข้ามาลงทะเบียน เพื่อรับเงินในส่วนนี้โดยการลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องไปลงทะเบียนใหม่ทุกปีลงเพียงครั้งเดียวก็ได้รับสิทธิไปตลอด เว้นแต่กรณีที่ผู้สูงอายุย้ายที่อยู่ หรืออาจมีปัญหาารายชื่อตกหล่น ถึงค่อยไปทำการ ยืนยันสิทธิแก้ไขปรับปรุงข้อมูลให้สมบูรณ์

เปิดรับลงทะเบียน ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๖ - พฤศจิกายน ๒๕๖๖ (ช่วงที่ ๑)

และ มกราคม ๒๕๖๗ - กันยายน ๒๕๖๗ (ช่วงที่ ๒)

คุณสมบัติของผู้ลงทะเบียน

๑. ผู้สูงอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์แล้วแต่ยังไม่เคยลงทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
๒. ผู้สูงอายุที่จะอายุครบ ๖๐ ปีในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ นับจนถึงวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๐๗ (เกิดก่อนวันที่ ๒ ก.ย. ๒๕๐๘)
๓. สัญชาติไทย
๔. ภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลหนองพันทา
๕. ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการ/สิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือ อปท. ณ วันที่มีสิทธิ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

การลงทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เอกสารมีดังนี้

๑. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
๒. ทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้าน
๓. สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร ประเภทออมทรัพย์



****กรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถมายื่นได้ด้วยตนเอง ให้มอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษร ให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นลงทะเบียนแทน โดยผู้รับมอบอำนาจเตรียมเอกสารดังนี้**

- ๑. หนังสือมอบอำนาจ ๑ ฉบับ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชน (ของผู้รับมอบอำนาจ) ๑ ฉบับ
- ๓. สำเนาทะเบียนบ้าน (ของผู้รับมอบอำนาจ) ๑ ฉบับ

****กรณีโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ์ เตรียมเอกสารดังนี้**

- ๑. หนังสือมอบอำนาจ ๑ ฉบับ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชน (ของผู้รับมอบ) ๑ ฉบับ
- ๓. สำเนาทะเบียนบ้าน (ของผู้รับมอบอำนาจ) ๑ ฉบับ
- ๔. สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร (ของผู้รับมอบอำนาจ) ๑ ฉบับ

อัตราการรับเงิน

อายุ ๖๐ - ๖๙ ปี ได้รับเงิน ๖๐๐ บาท/เดือน
 อายุ ๘๐ - ๘๙ ปี ได้รับเงิน ๘๐๐ บาท/เดือน

อายุ ๗๐ - ๗๙ ปี ได้รับเงิน ๗๐๐ บาท/เดือน
 อายุ ๙๐ ปีขึ้นไป ได้รับเงิน ๑,๐๐๐ บาท/เดือน



ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่สำนักงานเทศบาลตำบลหนองพันทา
 กองสวัสดิการสังคม โทรสาร ๐๔๒-๔๙๐๙๘๘

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

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

หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....แขวง/อำเภอ.....เขต/

อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร..... เลขที่.....

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

หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....แขวง/อำเภอ.....เขต/

อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

 เป็นผู้ม้ออำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ เป็นผู้ม้ออำนาจรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนข้าพเจ้า “ทั้งในขนาดมีชีวิติอยู่หรือเสียชีวิต”

จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ชื่อบัญชี.....ธนาคาร.....

ประเภทบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้า ได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อพยาน

(.....)

ลงชื่อพยาน

(.....)

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

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

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่..อบต.หนองพันทา.....
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/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของ
ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□
สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ.....
รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
 ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้
 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย สำเนาทะเบียนบ้าน
 สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
 บัญชีเงินฝากธนาคาร.....บัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ บำเหน็จรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

“ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ).....
(.....) (.....)
ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ 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"/> แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(..นางสาวจรรยาพร ประสาททอง..) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลหนองพันทา คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นางสาวพัชณี คำสอน)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นายคำฝน แพงยา)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นายนิคม สิงห์แก้ว)</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(นายวันนะชัย วันมะโน)</p> <p>นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพันทา</p> <p>วัน/เดือน/ปี.....</p>	

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน **ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน** โดยได้รับตั้งแต่เดือน.....พ.ศ..... เป็นต้นไป กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ย้ายมาแต่ไม่เกินเดือนพฤศจิกายนของปีนั้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้เบี้ยผู้สูงอายุ ณ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเดิมปีงบประมาณที่ได้ลงทะเบียนไว้ และรับที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ในปีงบประมาณถัดไป

ผู้พิการ/ผู้ป่วยเอดส์



การรับขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้พิการ

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ ต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

๑. มีสัญชาติไทย

๒. มีบัตรประจำตัวคนพิการ

๓. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน

๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐตามรายชื่อที่ปลัดกระทรวงการพัฒนา

สังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศกำหนด

คนพิการซึ่งได้รับสิทธิตามที่บัญญัติไว้ในกฎหมายหรือระเบียบอื่น ไม่เป็นการตัดสิทธิที่คนพิการจะได้รับสิทธิตามระเบียบนี้

ประชาชนชาวตำบลหนองพันทา ท่านใดตรวจสอบแล้วว่าตนเองนั้นมีคุณสมบัติครบถ้วนและไม่มีคุณสมบัติต้องห้ามตามที่กล่าวมาในข้างต้น สามารถมาขึ้นทะเบียนได้ที่ ณ สำนักปลัด สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพันทา ได้ทุกวันในเวลาทำการ ซึ่งหากท่านยังไม่มีบัตรประจำตัวคนพิการ สามารถมายื่นแบบขอมีบัตรประจำตัวคนพิการที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองพันทา ได้เช่นกัน โดยรายละเอียดในการขอมีบัตรประจำตัวคนพิการและการขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพความพิการนั้นจะขอกล่าวถึงในหัวข้อถัดไป



การขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

หากท่านยังไม่มีบัตรประจำตัวคนพิการ หรือบัตรประจำตัวคนพิการที่ท่านมีอยู่นั้นหมดอายุ สูญหาย ขำรุด หรือมีความเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับตัวผู้พิการ ท่านสามารถยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพันทา โดยนำเอกสารหลักฐานมายื่นดังต่อไปนี้

การขอมีบัตรประจำตัวคนพิการใหม่

๑. เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยแพทย์เฉพาะทาง (ตัวจริง) ๑ ฉบับ
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ๑ ฉบับ

**กรณีถ้าคนพิการมีผู้ดูแล ให้เตรียมเอกสารเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

๔. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดูแล ๑ ฉบับ
๕. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแล ๑ ฉบับ
๖. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการที่รับรองโดยกำนันหรือผู้ใหญ่บ้านในพื้นที่ของท่าน พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่รัฐของผู้รับรอง ๑ ชุด
๗. *แบบบันทึก ป.ค. ๑๔ กรณีที่ผู้ดูแลคนพิการไม่ได้เป็นญาติกับผู้พิการ ๑ ฉบับ

การขอต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

๑. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการ เล่มเดิม/ใบเดิม
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ๑ ฉบับ

***กรณีถ้าคนพิการมีผู้ดูแล ให้เตรียมเอกสารเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

๔. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดูแล ๑ ฉบับ
๕. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแล ๑ ฉบับ
๖. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการที่รับรองโดยกำนันหรือผู้ใหญ่บ้านในพื้นที่ของท่าน พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวผู้รับรอง ๑ ชุด
๗. *แบบบันทึก ป.ค. ๑๔ กรณีที่ผู้ดูแลคนพิการไม่ได้เป็นญาติกับผู้พิการ ๑ ฉบับ

นอกจากนี้ท่านสามารถขอมีบัตรประจำตัวผู้พิการโดยตรงได้ที่ศาลากลางจังหวัดอ่างทอง ชั้น ๑ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดบึงกาฬ โดยเตรียมเอกสารหลักฐานดังที่กล่าวมาในข้างต้น

***กรณีที่ผู้ดูแลคนพิการมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเดียวกันกับผู้พิการและมีความเกี่ยวข้อง เป็นพ่อ แม่ พี่ น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย ไม่จำเป็นต้องรับรองผู้ดูแลคนพิการ

ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ

หลักฐานที่ต้องเตรียม

๑. บัตรประจำตัวคนพิการที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา
๒. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา
๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของผู้ลงทะเบียน

ในกรณีที่ผู้พิการไม่สามารถมาขึ้นทะเบียนด้วยตนเองได้ ท่านสามารถฝากเอกสาร หลักฐานให้แก่ผู้อื่นได้ โดยลงลายมือชื่อหรือรอยนิ้วมือลงบนเอกสารยืนยันสำเนาเอกสารหลักฐานและลงลายมือชื่อหรือรอยนิ้วมือนับยืนยันสิทธิยื่นคำขอในบริเวณที่กำหนดไว้ในแบบฟอร์มคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ

กรณีผู้พิการไม่มีบัญชีเงินฝากธนาคาร สามารถใช้สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้อื่นได้ โดยเซ็นหนังสือมอบอำนาจมาให้พร้อมกับสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจและเอกสารหลักฐานซึ่งกล่าวมาทั้งหมดในข้างต้น

หลังจากทำการขึ้นทะเบียนเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้พิการจะมีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการในเดือนถัดไป โดยจะได้รับเบี้ย **๘๐๐ บาทต่อเดือนในเดือนถัดไปหลังจากเดือนที่เริ่มจดทะเบียนคนพิการ**

***แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ หนังสือมอบอำนาจ สามารถขอรับได้ที่งานพัฒนาชุมชน สำนักองค์การบริหารส่วนตำบลหนองอพันทา

****การมอบอำนาจการรับเบี้ยยังชีพคนพิการ ควรมอบให้กับผู้ที่ไว้ใจได้จริงๆ เช่น ญาติ พี่น้อง ลูกหลาน เป็นต้น เพื่อผลประโยชน์ของผู้มีสิทธิรับเบี้ยความพิการเอง



การยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

การจ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ดำเนินการโดยอาศัยระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ และตามหนังสือสั่งการของกระทรวงมหาดไทย

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยผู้ป่วย ต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

๑. มีสัญชาติไทย

๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน

๓. มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

๔. ได้รับการรับรองและวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์**

**ต้องวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์แล้วเท่านั้น หากแต่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV จะยังไม่ถือว่าเป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพตามระเบียบนี้

เอกสารหลักฐานที่ใช้สำหรับการขึ้นทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๑. ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลแห่งรัฐรับรองว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

๒. บัตรประจำตัวประชาชนพร้อมสำเนา

๓. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา

๔. สมุดเงินฝากบัญชีธนาคารพร้อมสำเนา

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถมาขึ้นทะเบียนด้วยตนเองได้ ท่านสามารถฝากเอกสาร หลักฐานให้แก่ผู้อื่นได้ โดยลงลายมือชื่อหรือรายนามมือลงบนเอกสารยืนยันสำเนาเอกสารหลักฐานให้กับทางองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพันทา

กรณีผู้ป่วยไม่มีบัญชีเงินฝากธนาคาร สามารถใช้สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้อื่นได้ โดยเซ็นหนังสือมอบอำนาจมาให้พร้อมกับสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจและเอกสารหลักฐานซึ่งกล่าวมาทั้งหมดในข้างต้น

ซึ่งเมื่อผู้ป่วยทำการยื่นเอกสารให้กับทางองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพันทาแล้ว ทางองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพันทาจะดำเนินการตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ว่ามีคุณสมบัติในการขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์หรือไม่ เมื่อตรวจสอบเรียบร้อยแล้วทางองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพันทาจะนำรายชื่อผู้ขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์เสนอต่อผู้บริหารท้องถิ่นเพื่อพิจารณาอนุมัติ หลังจากผู้บริหารท้องถิ่นทำการอนุมัติและผู้ป่วยได้ทำการขึ้นทะเบียนเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้ป่วยจะมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพในเดือนถัดไปโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเป็น จำนวนเงิน ๖๐๐ บาทต่อเดือน

การจ่ายเบี้ยผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์

เมื่อทำการขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพคนพิการหรือผู้ป่วยเอดส์แล้ว ท่านจะเริ่มได้รับ เบี้ยยังชีพในเดือนถัดไป ซึ่งหากถึงเดือนที่ท่านมีสิทธิ์ได้รับเบี้ยยังชีพแล้ว ทางองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพันทา จะดำเนินการเบิก - จ่ายเงินเบี้ยยังชีพแก่ผู้พิการหรือผู้ป่วยเอดส์ที่มาขึ้นทะเบียน โดยจะโอนเข้าบัญชีธนาคาร ตามที่ผู้พิการหรือผู้ป่วยเอดส์ได้แจ้งความประสงค์ไว้ในตอนที่ขึ้นทะเบียน โดยทางองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพันทา จะทำการจ่ายเบี้ยยังชีพให้ท่านภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน

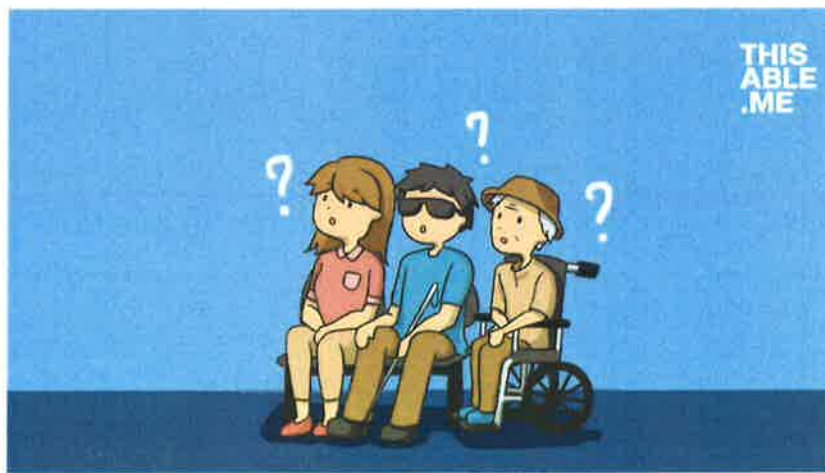
การระงับสิทธิ์ในการรับเบี้ยยังชีพคนพิการและผู้ป่วยเอดส์

สิทธิ์ในการรับเบี้ยยังชีพจะสิ้นสุดลงในกรณีดังต่อไปนี้

๑. ตาย
๒. ปรากฏในภายหลังว่าขาดคุณสมบัติในการรับเบี้ยยังชีพคนพิการหรือผู้ป่วย
๓. แจ้งสละสิทธิ์การขอรับเงินเบี้ยยังชีพเป็นหนังสือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ท่านมีสิทธิ์ในการรับเบี้ยยังชีพคนพิการหรือผู้ป่วย
๔. ย้ายภูมิลำเนาออกจากพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองพันทา (ระงับสิทธิ์ในเดือนถัดไป)

ข้อปฏิบัติหลังการขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพคนพิการและผู้ป่วย

๑. ตรวจสอบรายชื่อและสิทธิ์เริ่มได้รับเบี้ยยังชีพของตนเอง
๒. เมื่อย้ายภูมิลำเนาออกจากพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองพันทา ไปอยู่ในภูมิลำเนาอื่น ต้องแจ้งข้อมูลเพื่อให้ทางองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพันทา ได้รับทราบ
๓. เมื่อผู้พิการหรือผู้ป่วยเสียชีวิต ให้ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ที่รับเบี้ยยังชีพคนพิการหรือผู้ป่วยแจ้งการเสียชีวิต ให้ทางองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพันทา ได้รับทราบ เพื่อที่ทางหน่วยงานจะได้ทำการระงับในการจ่ายเบี้ยยังชีพให้กับบุคคลดังกล่าวในทันที



แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ (เพิ่มเติม)

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ
 ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา - มารดา บุตร สามเ - ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ
 ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ)

เลขประจำตัวประชาชน ---- ที่อยู่

โทรศัพท์

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่...อบต..หนองพันทา.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่นๆ (ระบุ)

ชื่อ นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือนพ.ศ. อายุ.....ปี สัญชาติ..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน

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

ตำบล อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ ----

ประเภทความพิการ ความพิการทางการเห็น ความพิการทางสติปัญญา

ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้

ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางออทิสติก

ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้โทรศัพท์.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ

ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อื่นๆ (ระบุ)

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

มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (เพิ่มเติม) โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคาร สาขา เลขที่บัญชี --

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

(.....)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/</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"/> แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีความสมัครใจ <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก</p> <p>(ลงชื่อ) (นางสาวจรรยาพร ประสาททอง) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน /อบต.หนองพันทา..... คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) (นายสาวพัชณี คำสอน)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) (นายคำฝน แพงยา)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) (นายนิคม สิงห์แก้ว)</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ) (นาวินนะชัย วิยะมะโน) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพันทา วัน/เดือน/ปี</p>	

(ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้พิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินความเป็นพิการ ประจำปีงบประมาณ๒๕๖๖ โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาทภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการ ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ภายในเดือนโดยทันที ทั้งนี้เพื่อรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

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

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

อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....เลขที่

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

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

อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

เป็นผู้มียอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

เป็นผู้มียอำนาจรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการแทนข้าพเจ้า “ทั้งในขนาดมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิต”

จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ชื่อบัญชี.....ธนาคาร.....

ประเภทบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้า ได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อพยาน

(.....)

ลงชื่อพยาน

(.....)

