



คู่มือการปฏิบัติงาน

การขอรับเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยเอดส์
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘



จัดทำโดย

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองพันทา

คำนำ

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองพันทา สำนักปลัด งานสวัสดิการสังคม มีภารกิจหลักในการปฏิบัติงานรับขึ้นทะเบียน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2552 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2562 ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2562 และระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2548 เพื่อเป็นการช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยเอดส์ ในการดำรงชีวิตและมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนสามารถทำความเข้าใจในรายละเอียดของการรับขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ และรายละเอียดในการจ่ายเบี้ยยังชีพ เพื่อที่จะนำไปสู่การให้บริการในการรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และถูกต้อง องค์การบริหารส่วนตำบลหนองพันทา จึงได้จัดทำคู่มือรายละเอียดในการจ่ายเบี้ยยังชีพฉบับนี้ขึ้น โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าประชาชนจะได้รับข้อมูลรายละเอียด เงื่อนไข ในการมีสิทธิได้รับขึ้นทะเบียน รายละเอียดสิทธิต่างๆที่ประชาชนพึงได้รับหลังการลงทะเบียน และได้ทราบแนวทางปฏิบัติ ที่ชัดเจนซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าว และประชาชนที่มาขอรับบริการ

สำนักปลัด งานพัฒนาชุมชน
โทร.๐๔๒-๔๙๐๙๘๘



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. ๒๕๖๘

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

เปิดรับลงทะเบียน ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๗ - พฤศจิกายน ๒๕๖๗ (ช่วงที่ ๑)

และ มกราคม ๒๕๖๘ - กันยายน ๒๕๖๘ (ช่วงที่ ๒)

คุณสมบัติของผู้ลงทะเบียน

๑. ผู้สูงอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์แล้วแต่ยังไม่เคยลงทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
๒. ผู้สูงอายุที่จะอายุครบ ๖๐ ปีในปีงบประมาณ ๒๕๖๘ นับจนถึงวันที่ ๒ กันยายน ๒๕๐๘ – ๑ กันยายน ๒๕๐๙
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 |

****กรณีโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ 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



ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพันทา
กองสวัสดิการสังคม โทรศัพท์ ๐๔๒-๔๙๐๙๘๘

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

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.....

☐ เป็นผู้มียานยนต์คันขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ☐ เป็นผู้มียานยนต์รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนข้าพเจ้า “ทั้งในขนาดมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิต”

จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ชื่อบัญชี.....ธนาคาร.....

ประเภทบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้า ได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

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 บำนาญ
 พิเศษ บำเหน็จรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วน
 ท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

☐ “ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
 และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

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

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว ☐ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (..นางสาวจรรยาพร ประสาททอง..) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพันทา คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นางสาวบุญญา วิเศษยา) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นายคำฝน แพงยา) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นายนิคม สิงห์แก้ว)
คำสั่ง ☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่นๆ..... (ลงชื่อ)..... (นายวันนะชัย วันมะโน) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพันทา วัน/เดือน/ปี.....	

(ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพตามที่ผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน **ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน** โดยได้รับตั้งแต่เดือน.....พ.ศ..... เป็นต้นไป กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่ยื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 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 ชำรุด 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 โดยลงลายมือชื่อหรือรอยนิ้วมือลงบนเอกสารยืนยันสำเนาเอกสารหลักฐานและลงลายมือชื่อหรือรอยนิ้วมือนายกเทศมนตรียื่นคำขอในบริเวณที่กำหนดไว้ในแบบฟอร์มคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ

กรณีผู้พิการไม่มีบัญชีเงินฝากธนาคาร สามารถใช้สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้อื่นได้ โดยเซ็นหนังสือมอบอำนาจมาให้พร้อมกับสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจและเอกสารหลักฐานซึ่งกล่าวมาทั้งหมดในข้างต้น

หลังจากทำการขึ้นทะเบียนเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้พิการจะมีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการในเดือนถัดไป โดยจะได้รับเบี้ย **๘๐๐ บาทต่อเดือนในเดือนถัดไปหลังจากเดือนที่เริ่มจดทะเบียนคนพิการ**

***แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ หนังสือมอบอำนาจ สามารถขอรับได้ที่งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลหนองอพันทา

****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 จะยังไม่ถือว่าผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพตามระเบียบนี้

เอกสารหลักฐานที่ใช้สำหรับการขึ้นทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๑. ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลแห่งรัฐรับรองว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
๒. บัตรประจำตัวประชาชนพร้อมสำเนา
๓. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา
๔. สมุดเงินฝากบัญชีธนาคารพร้อมสำเนา

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถมาขึ้นทะเบียนด้วยตนเองได้ ท่านสามารถฝากเอกสาร หลักฐานให้แก่ผู้อื่นได้ โดยลงลายมือชื่อหรือรายนามมือลงบนเอกสารยืนยันสำเนาเอกสารหลักฐานให้กับทางองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพันทา

กรณีผู้ป่วยไม่มีบัญชีเงินฝากธนาคาร สามารถใช้สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้อื่นได้ โดยเซ็นหนังสือมอบอำนาจมาให้พร้อมกับสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจและเอกสารหลักฐานซึ่งกล่าวมาทั้งหมดในข้างต้น

ซึ่งเมื่อผู้ป่วยทำการยื่นเอกสารให้กับทางองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพันทาแล้ว ทางองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพันทา จะดำเนินการตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ว่ามีคุณสมบัติในการขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์หรือไม่ เมื่อตรวจสอบเรียบร้อยแล้วทางองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพันทา จะนำรายชื่อผู้ขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์เสนอต่อผู้บริหารท้องถิ่นเพื่อพิจารณาอนุมัติ หลังจากผู้บริหารท้องถิ่นทำการอนุมัติและผู้ป่วยได้ทำการขึ้นทะเบียนเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้ป่วยจะมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพในเดือนถัดไปโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเป็น จำนวนเงิน ๖๐๐ บาทต่อเดือน

การจ่ายเบี้ยผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์

เมื่อทำการขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพคนพิการหรือผู้ป่วยเอดส์แล้ว ท่านจะเริ่มได้รับเบี้ยยังชีพในเดือนถัดไป ซึ่งหากถึงเดือนที่ท่านมีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพแล้ว ทางองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพันทา จะดำเนินการเบิก - จ่ายเงินเบี้ยยังชีพแก่ผู้พิการหรือผู้ป่วยเอดส์ที่มาขึ้นทะเบียน โดยจะโอนเข้าบัญชีธนาคารตามที่ผู้พิการหรือผู้ป่วยเอดส์ได้แจ้งความประสงค์ไว้ในตอนที่ขึ้นทะเบียน โดยทางองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพันทา จะทำการจ่ายเบี้ยยังชีพให้ท่านภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน

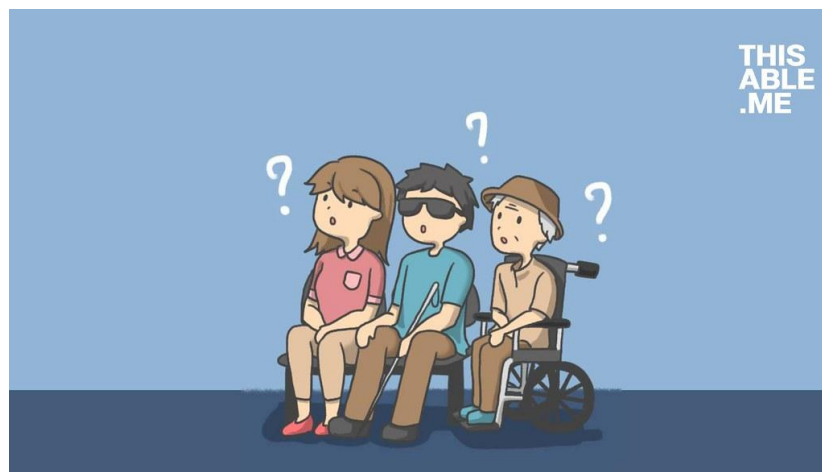
การระงับสิทธิในการรับเบี้ยยังชีพคนพิการและผู้ป่วยเอดส์

สิทธิในการรับเบี้ยยังชีพจะสิ้นสุดลงในกรณีดังต่อไปนี้

๑. ตาย
๒. ปรากฏในภายหลังว่าขาดคุณสมบัติในการรับเบี้ยยังชีพคนพิการหรือผู้ป่วย
๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพเป็นหนังสือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ท่านมีสิทธิในการรับเบี้ยยังชีพคนพิการหรือผู้ป่วย
๔. ย้ายภูมิลำเนาออกจากพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองพันทา (ระงับสิทธิในเดือนถัดไป)

ข้อปฏิบัติหลังการขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพคนพิการและผู้ป่วยเอดส์

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



แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ (เพิ่มเติม)

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ)
 เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่
 โทรศัพท์

วันที่ เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (นางสาวจรรยาพร ประสาททอง) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน /อบต. หหนองพันทา..... คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (นางสาวบุญญา วิเศษยา) กรรมการ (ลงชื่อ) (นายคำฝน แพงยา) กรรมการ (ลงชื่อ) (นายนิคม สิงห์แก้ว)
---	---

คำสั่ง
☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่น ๆ.....
.....
(ลงชื่อ)
(นางวันนะชัย วยมะโน)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพันทา
วัน/เดือน/ปี

(ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้พิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

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

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

หนังสือมอบอำนาจ

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

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
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.....

- ☐ เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ
- ☐ เป็นผู้มีอำนาจรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการแทนข้าพเจ้า “ทั้งในขนาดมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิต”
จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ
ชื่อบัญชี.....ธนาคาร.....
ประเภทบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้า ได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น
เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อพยาน
(.....)

ลงชื่อพยาน
(.....)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหน้าข้อความที่ต้องการ

หนังสือมอบอำนาจ

ที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร

เลขที่ ออกให้ ณ เมื่อวันที่ อยู่บ้านเลขที่

หมู่ที่ ตรอก / ซอย ถนน แขวง / ตำบล

เขต / อำเภอ จังหวัด

ขอมอบอำนาจให้ ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร

เลขที่ ออกให้ ณ เมื่อวันที่ อยู่บ้านเลขที่

หมู่ที่ ตรอก / ซอย ถนน แขวง / ตำบล

เขต / อำเภอ จังหวัด

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

หลักฐานประกอบของผู้รับมอบอำนาจ

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ เอกสารอื่นๆ.....

ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. ผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองพันทา
๓. การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ อบต.หนองพันทา โดยมีหลักฐานที่ต้องนำมา ดังนี้
 - ๓.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง
 - ๓.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
 - ๓.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
 - ๓.๔ สำเนาบัญชีธนาคาร
๔. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเอง จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้
๕. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุ และคนพิการด้วย สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด
๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้ว ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์จากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนาเท่านั้น
๗. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพฯ เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้องแจ้งให้ อบต.หนองพันทา ทราบภายใน ๓ วัน