

# คู่มือปฏิบัติงานการจัดสวัสดิการสังคม



- การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ
- การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
- การลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลอุ่มจาน  
โทร. ๐๔๒-๒๑๙๙๖๘ [www.umjan.go.th](http://www.umjan.go.th)

## คำนำ

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลอู่เมจาน มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลอู่เมจาน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลเหล่านี้ รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนคนพิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ การรับคำร้องผู้ป่วยเอดส์เพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพฯ และการลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด ให้กับบุคคลดังกล่าว โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และระเบียบกรมกิจการเด็กและเยาวชนว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด พ.ศ. ๒๕๖๒

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติ ที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็ว และถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าว กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลอู่เมจาน จึงได้จัดทำคู่มือการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ การยื่นคำร้องเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ขึ้น

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลอู่เมจาน หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการ ต่อไป

กองสวัสดิการสังคม  
องค์การบริหารส่วนตำบลอู่เมจาน

➤ การลงทะเบียนและยื่นคำ  
ขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

## การรับลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

### ผู้สูงอายุรายใหม่

ผู้มีคุณสมบัติได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

๑. สัญชาติไทย
๒. ผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ (เกิดก่อนวันที่ ๒ กันยายน )
๓. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลนครปากเกร็ด
๔. ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่
  - ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน
  - ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
  - ผู้ที่ได้รับเงินเดือนค่าตอบแทนรายได้ประจำหรือผลประโยชน์ตอบแทน  
อย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เป็นประจำ

## เอกสารในการประกอบคำขอลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑. บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

๒. ทะเบียนบ้านปัจจุบัน

๓. สมุดบัญชีเงินธนาคาร ประเภทออมทรัพย์ผู้ที่มีคุณสมบัติดังกล่าวข้างต้น

ผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ในอัตราแบบขั้นบันได ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะจ่ายเงินโดยวิธีใดวิธีหนึ่งตามความประสงค์ที่ระบุไว้ในแบบคำขอลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

สามารถยื่นคำขอลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุด้วยตนเองได้ ที่ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลอุ่มจาน ระหว่างเดือน ตุลาคม - พฤศจิกายน และ เดือนมกราคม - กันยายน

ผู้สูงอายุรับเบี้ยอยู่ แล้วย้ายไปที่อื่นหรือย้ายภูมิลำเนาไปที่

องค์การบริหารส่วนตำบลอุ่มจาน

กรณีที่ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นในระหว่างปีงบประมาณ โดยสิทธิในการรับเงินของผู้สูงอายุจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุถึงเดือนกันยายน และเพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (ปีงบประมาณถัดไป) ผู้สูงอายุจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุลงทะเบียนตั้งแต่วันที่ย้าย

หมายเหตุ : ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองอาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลอุ่มจาน พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

.....

**\*\*ขอรับแบบคำขอขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ และยื่นเอกสาร  
ประกอบได้ที่ กองสวัสดิการสังคม  
องค์การบริหารส่วนตำบลอุ่มจาน\*\*\***

➤ การลงทะเบียนและยื่นคำ  
ขอรับเบี้ยยังชีพความพิการ

# คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ

## ผู้พิการรายใหม่

ตรวจสอบคุณสมบัติของตัวเอง ตามรายการดังนี้

- ๑) มีสัญชาติไทย
- ๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลอุ่มจาน (ตามทะเบียนบ้าน)
- ๓) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- (๔) ไม่เป็น บุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

## กรณีผู้พิการรายเดิมย้ายภูมิลำเนา

กรณีได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการอยู่แล้ว และได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลอุ่มจาน จะต้องมาขึ้นทะเบียนที่ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลอุ่มจาน อีกครั้งหนึ่งเพื่อรับเงินในเดือนถัดไป

**หมายเหตุ :** กรณีที่คนพิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจ เป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทน แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและคนดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย คนพิการที่เป็นผู้สูงอายุสามารถลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ด้วย

**\*\*ขอรับแบบคำขอขึ้นทะเบียนคนพิการ และยื่นเอกสาร  
ประกอบได้ที่ กองสวัสดิการสังคม  
องค์การบริหารส่วนตำบลอุ่มจาน\*\*\***



# การประกาศรายชื่ ผู้มีสิทธิรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ



ให้ผู้ที่ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพ มาตรวจสอบ  
รายชื่อตามประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์  
องค์การบริหารส่วนตำบลอุ่มจาน  
ในวันที่ ๑ ตุลาคม ของทุกปี (ประกาศรายปี)

## การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ,เอคส์



กำหนดวันจ่ายเงินเบี้ยยังชีพ ภายในวันที่ ๑๐ ของเดือน

# ช่องทางการรับเงินเบี้ยยังชีพ



ผู้ประสงค์รับเงินผ่าน  
ธนาคาร

ผู้ประสงค์รับเงินสด



ตามจุดที่ได้แจ้งไว้ เช่น กอง  
สวัสดิการสังคม องค์การบริหาร  
ส่วนตำบล/เทศบาลกลาง  
หมู่บ้าน หรือ ขึ้นอยู่กับความ  
เหมาะสม โดยจะมีการแจ้งให้  
ทราบล่วงหน้า

โอนเข้าบัญชีธนาคารใน นาม  
ผู้สูงอายุ ,คนพิการ หรือ  
ผู้รับมอบอำนาจ

รับเงินสดในนามผู้สูงอายุ,  
คนพิการ  
หรือผู้รับมอบอำนาจ

# การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได สำหรับผู้สูงอายุ

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับ การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ คิดใน อัตราเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได แบบ “ขั้นบันได” หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วง ๆ หรือเป็นขั้น ขึ้นไปเรื่อย ๆ โดยเริ่ม ตั้งแต่อายุ ๖๐ ปี

โดยคำนวณตามปีงบประมาณมิใช่ปีปฏิทิน

และไม่มีการเพิ่มของอายุระหว่างปี

ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือนสำหรับผู้สูงอายุ  
(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

# ตัวอย่าง

## การคิดวันรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ในปีงบประมาณ 2564

วัน เดือน ปีเกิด	เดือนที่จะเริ่มรับเงิน	หมายเหตุ
<b>ผู้สูงอายุ ที่เกิดก่อน 2 ตุลาคม 2503</b>	<b>ตุลาคม 2563</b>	<b>มส.60 + มส.ย้าย + เก็บตก</b>
2 - 31 ตุลาคม 2503 1 พฤศจิกายน 2503	พฤศจิกายน 2563	
2 - 30 พฤศจิกายน 2503 1 ธันวาคม 2503	ธันวาคม 2563	
2 - 31 ธันวาคม 2502 1 มกราคม 2504	มกราคม 2564	
2 - 31 มกราคม 2504 1 กุมภาพันธ์ 2504	กุมภาพันธ์ 2564	
2 - 28 กุมภาพันธ์ 2504 1 มีนาคม 2504	มีนาคม 2564	
2 - 31 มีนาคม 2504 1 เมษายน 2504	เมษายน 2564	
2 - 30 เมษายน 2504 1 พฤษภาคม 2504	พฤษภาคม 2564	
2 - 31 พฤษภาคม 2504 1 มิถุนายน 2504	มิถุนายน 2564	
2 - 30 มิถุนายน 2504 1 กรกฎาคม 2504	กรกฎาคม 2564	
2 - 31 กรกฎาคม 2504 1 สิงหาคม 2504	สิงหาคม 2564	
2 - 31 สิงหาคม 2504 1 กันยายน 2504	กันยายน 2564	
2 กันยายน - 1 ตุลาคม 2504	ต้องมาลงทะเบียนใน เดือนตุลาคม 2563 เพื่อรับเงิน งบ 65 (ตุลาคม 2564)	



# การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ

๑. ตาย
๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขต องค์การบริหารส่วนตำบลอุ่มจาน
๓. แจ้งสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
๔. ขาดคุณสมบัติ

## หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ, คนพิการ, ผู้ป่วยเอดส์

๑. ตรวจสอบรายชื่อของตนเอง
๒. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพ หรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเป็น เงินสด ต้องมารับเงินให้ตรงตามวัน เวลา ที่กำหนด
๓. เมื่อย้ายภูมิลำเนาจาก องค์การบริหารส่วนตำบลอุ่มจานไปอยู่ภูมิลำเนาอื่นต้องแจ้งข้อมูลเพื่อให้ องค์การบริหารส่วนตำบลอุ่มจานได้รับทราบ
๔. ให้ผู้ที่รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ แสดงการมีชีวิตอยู่ต่อ องค์การบริหารส่วนตำบลอุ่มจาน ระหว่าง วันที่ ๑-๓๐ ตุลาคม ของทุกปี

## ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ

๑. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสารรับรองความพิการ
๒. ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานี(ศาลากลางจังหวัด ) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้
  - ๒.๑ เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยแพทย์เฉพาะทาง (ตัวจริง)
  - ๒.๒ รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
  - ๒.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
  - ๒.๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
  - ๒.๕ ถ้าคนพิการมีผู้ดูแลให้นำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ
๓. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอทำบัตรประจำตัวคนพิการให้นำหลักฐาน ตามข้อ ๒.๔ – ๒.๕ มาด้วย
๔. หลังจากได้บัตรประจำตัวคนพิการให้มาลงทะเบียนเพื่อรับเบี้ยยังชีพพิการ ที่กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลอุ่มจาน เพื่อรับเงินเบี้ยพิการในเดือนถัดไป

## การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

การดำเนินการต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ สามารถต่อได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานี (ศาลากลางจังหวัด) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๑. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม
๒. รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านอย่างละ จำนวน ๑

ฉบับ

๔. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการมีผู้ดูแล ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ

๕. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการให้นำหลักฐานตามข้อ ๓-๔ มาด้วย

## การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ

การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ สามารถติดต่อได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานี (ศาลากลางจังหวัด ) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๑. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ จำนวน ๑

ฉบับ

๓. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนเดิม ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ

๔. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ

๕. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ

๖. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้รับรอง

จำนวน ๑ ฉบับ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ส.อบต. หรือ ข้าราชการระดับ ๓ ขึ้นไป)

➤ การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์



## ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดย สถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลอุ่มจาน
๓. การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่กองสวัสดิการสังคม โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่นดังนี้
  - ๓.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
  - ๓.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
  - ๓.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
๔. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้
๕. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด
๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้วแล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ จากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ย ยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนาเท่านั้น

๗. กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติ  
ของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้อง แจ้งให้ กองสวัสดิการสังคมทราบภายใน ๗  
วัน

ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่าป่วยเป็น **โรคเอดส์ /AIDs**  
เท่านั้น หากระบุว่าป่วยเป็น HIV หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง  
จะไม่เข้าหลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์

➤ การลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด

## หลักเกณฑ์การลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด

มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๖๒ เห็นชอบโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด โดยให้จ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดให้กับเด็กแรกเกิดที่อยู่ในครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ต่อคน ต่อปี ในอัตรา ๖๐๐ บาท ต่อคน ต่อเดือน จนมีอายุครบ ๖ ปีโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑) เด็กที่รับสิทธิในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑ (เด็กที่เกิดตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๘ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑) ยังคงรับสิทธิอย่างต่อเนื่องจนมีอายุครบ ๖ ปี โดยไม่ต้องลงทะเบียนใหม่

๒) เด็กที่เกิดตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๘ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑ ที่ไม่มีคุณสมบัติ ตามระเบียบกรมกิจการเด็กและเยาวชน ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด พ.ศ. ๒๕๖๑ แต่มีคุณสมบัติตามระเบียบกรมกิจการเด็กและเยาวชน ว่าด้วยการจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด พ.ศ. ๒๕๖๒ ต้องมาลงทะเบียน และมีสิทธิได้รับเงินตั้งแต่วันที่ลงทะเบียน จนมีอายุครบ ๖ ปี

๓) เด็กที่เกิดตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จนปัจจุบัน ได้รับสิทธิจนมีอายุครบ ๖ ปี

## คุณสมบัติเด็กแรกเกิดที่มีสิทธิ

- ๑) มีสัญชาติไทย (พ่อแม่มีสัญชาติไทย หรือพ่อหรือแม่มีสัญชาติไทย)
- ๒) เกิดตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๘ เป็นต้นไป จนมีอายุครบ ๖ ปี
- ๓) อาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย
- ๔) ไม่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของหน่วยงานของรัฐ หรือเอกชน  
(รายชื่อสถานสงเคราะห์ของหน่วยงานของรัฐ หรือเอกชนสามารถดูได้ที่ [http://๒๐๓.๑๕๕.๒๙.๒๐๐/nursery\\_new/Content/Guest/Search.aspx](http://๒๐๓.๑๕๕.๒๙.๒๐๐/nursery_new/Content/Guest/Search.aspx))

## คุณสมบัติผู้ปกครองที่มีสิทธิลงทะเบียน

- ๑) มีสัญชาติไทย
- ๒) เป็นบุคคลที่รับเด็กแรกเกิดไว้ในความอุปการะ
- ๓) เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วย
- ๔) อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย คือ สมาชิกครัวเรือนมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน

๑๐๐,๐๐๐ บาท ต่อคน ต่อปีทั้งนี้มารดาที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ยังไม่ต้องมายื่นคำร้อง  
ขอลงทะเบียน ขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

### **กรณีผู้ปกครองไม่มีสัญชาติไทย แต่เด็กมีสัญชาติไทย**

ผู้ปกครองที่ยื่นคำร้องลงทะเบียนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย แต่เด็กแรกเกิดมีสัญชาติ  
ไทยสามารถยื่นคำร้องลงทะเบียนได้ที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หรือกรมกิจการ  
เด็กและเยาวชนหรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด แล้วแต่  
กรณี ดังนี้

- ผู้ปกครองยื่นคำร้องลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็ก  
แรกเกิดที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่

๑) แบบคำร้องลงทะเบียน (แบบ ดร.๐๑)

๒) แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (แบบ ดร.๐๒) บัตรประจำตัว

๓) ประชาชนของผู้ปกครอง

๔) สูติบัตรเด็กแรกเกิด

๕) สมุดบัญชีเงินฝากของผู้ปกครอง

๖) สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

ซึ่งองค์การบริหารส่วนตำบลอุ่มจาน จะดำเนินการจัดส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวให้  
สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานี เพื่อตรวจสอบ  
ข้อเท็จจริงตามเอกสารและวินิจฉัย ในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

# เงื่อนไขในการลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด

## เอกสารประกอบการลงทะเบียน ประกอบด้วย

- ๑) แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.๐๑)
- ๒) แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒)
- ๓) บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง
- ๔) สูติบัตรเด็กแรกเกิด

๕) สมุดบัญชีเงินฝากของผู้ปกครอง (บัญชีออมทรัพย์ธนาคารกรุงไทย บัญชีเงินฝากเพื่อเรียกธนาคารออมสิน หรือบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร **อย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น**)

๖) สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (เฉพาะหน้าที่ ๑ ที่มีชื่อของหญิงตั้งครรภ์) ในกรณีที่สมุดสูญหายให้ใช้เฉพาะสำเนาหน้าที่ ๑ พร้อมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูล และรับรองสำเนา

๗) กรณีที่ผู้ยื่นคำร้องลงทะเบียนและสมาชิกในครัวเรือนของผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนเป็นเจ้าของหน้าหนึ่งของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท ต้องมีเอกสารใบรับรองเงินเดือน หรือหนังสือรับรองรายได้ของทุกคนที่มีรายได้ประจำ (สลิปเงินเดือน หรือเอกสารหลักฐานที่นายจ้างลงนาม)

๘) สำเนาเอกสาร หรือบัตรข้าราชการ เจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่ง หรือเอกสารอื่นใดที่แสดงตนของผู้รับรองคนที่ ๑ และผู้รับรองคนที่ ๒

## การรับรองสถานะของครัวเรือนที่มีรายได้น้อย

๑) กรณีที่สมาชิกทุกคนในครัวเรือนที่มีอายุเกิน ๑๘ ปีขึ้นไป มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐไม่ต้องรับรองสถานะของครัวเรือน

๒) นอกเหนือจากข้อ ๑) ต้องมีการรับรองสถานะของครัวเรือน

## ผู้รับรองสถานะของครัวเรือนที่มีรายได้น้อย

ผู้รับรองคนที่ ๑ ได้แก่ อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมือง พัทยา อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร คณะกรรมการชุมชนของ กรุงเทพมหานคร ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนั้น กรณีกรุงเทพมหานครหากไม่มีผู้รับรองคนที่ ๑ ให้ข้าราชการที่ดำรงตำแหน่งในระดับปฏิบัติการขึ้นไปหรือเทียบเท่า ที่ปฏิบัติหน้าที่ในกรุงเทพมหานครเป็นผู้รับรองได้

ผู้รับรองคนที่ ๒ ได้แก่ ประธานอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ประจำตำบล ประธานชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการสถานบริการสาธารณสุขในระดับตำบล ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่นที่ดำรงตำแหน่งในระดับปฏิบัติการขึ้นไปหรือเทียบเท่า ที่ปฏิบัติหน้าที่ในท้องที่หรือท้องถิ่นแห่งนั้น ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น ต้องมิใช่ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบการรับลงทะเบียนนั้น

## บทบาทหน้าที่ของผู้รับรองคนที่ ๑ และคนที่ ๒ รับรอง ๓ ประเด็น ดังนี้

- ๑) ผู้ปกครองที่ยื่นขอรับสิทธิเงินอุดหนุน อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ของผู้รับรองจริง
- ๒) เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่ในครัวเรือนของผู้ปกครองที่ยื่นขอรับสิทธิจริง
- ๓) ผู้ปกครองที่ยื่นขอรับสิทธิเงินอุดหนุนอยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อยจริง (ครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ต่อคน ต่อปี)

## กรณีไม่มีผู้รับรอง หรือมีผู้รับรองแต่จำนวนไม่ครบถ้วน

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับคำร้องขอลงทะเบียนส่งเรื่องภายใน ๑๕ วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับคำร้อง โดยใช้แบบคำร้องขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (แบบ ดร.๐๓)แนบแบบคำร้องขอลงทะเบียน (แบบ ดร.๐๑) และแบบรับรองสถานะของครัวเรือน (แบบ ดร.๐๒) ให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด แล้วแต่กรณี เพื่อพิจารณาข้อเท็จจริงและวินิจฉัย ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับเรื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหากพบว่า ผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนมีคุณสมบัติถูกต้องครบถ้วนตามระเบียบ

ให้กรมกิจการเด็กและเยาวชน หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัด แล้วแต่กรณี บันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด และแจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทราบ หากไม่เห็นชอบให้รับลงทะเบียน ให้กรมกิจการเด็กและเยาวชน หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด แล้วแต่กรณี แจ้งผลการพิจารณาแก่ผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทราบภายใน ๑๕ วัน นับตั้งแต่วันที่พิจารณาแล้วเสร็จ

## การประกาศรายชื่อและการคัดค้านสิทธิ

๑) องค์กรบริหารส่วนตำบลอุ้มจานรับคำร้องขอลงทะเบียน พิจารณาตรวจสอบเอกสารให้ครบถ้วน และติดประกาศรายชื่อผู้ปกครองที่มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ณ ที่ทำการองค์กรบริหารส่วนตำบลอุ้มจาน

๒) กรณีมีบุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียยื่นคำร้องขอคัดค้านผู้ปกครองที่มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ให้ยื่นได้ภายใน ๑๕ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิฯ

(๑) เมื่อพ้นระยะเวลา ๑๕ วันแล้ว ไม่มีผู้ยื่นคำร้องขอคัดค้าน ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบันทึกข้อมูลเบื้องต้น ได้แก่ ชื่อ นามสกุล เลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ลงทะเบียนและเด็กแรกเกิด ในระบบฐานข้อมูลโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด และจัดส่งเอกสารประกอบการลงทะเบียน ให้กรมกิจการเด็กและเยาวชน หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานี แล้วแต่กรณี

(๒) กรณีผู้ปกครองที่ยื่นคำร้องขอรับสิทธิรายได้ มีผู้ยื่นคำร้องขอคัดค้านสิทธิในการรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งพร้อมความเห็น และส่งเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หนังสือคำร้องขอคัดค้าน (แบบ ดร. ๐๕) แบบคำร้องขอลงทะเบียน (แบบ ดร.๐๑) และแบบรับรองสถานะของครัวเรือน (แบบ ดร.๐๒) ให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานี ภายใน ๑๕ วัน นับตั้งแต่วันที่ยื่นคำร้องขอคัดค้าน เพื่อให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานีตรวจสอบและวินิจฉัยให้แล้วเสร็จ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับเอกสาร



## สถานที่รับลงทะเบียน

ผู้ปกครองของเด็กแรกเกิดที่มีสิทธิขอรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ในพื้นที่ที่เด็กแรกเกิดและผู้ปกครองอาศัยอยู่จริง ดังนี้

- กรุงเทพมหานคร : ลงทะเบียนที่สำนักงานเขต
- เมืองพัทยา : ลงทะเบียนที่ศาลาว่าการเมืองพัทยา
- ส่วนภูมิภาค : ลงทะเบียนที่องค์การบริหารส่วนตำบล หรือเทศบาล

## การตรวจสอบสิทธิ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสามารถตรวจสอบสิทธิของผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนและผลการจ่ายเงินอุดหนุนได้จากระบบฐานข้อมูลโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนสามารถตรวจสอบสิทธิได้ที่

- กรุงเทพมหานคร : สำนักงานเขตที่ลงทะเบียน
- ส่วนภูมิภาค : องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ลงทะเบียน หรือ

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

ศูนย์ปฏิบัติการโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด กรมกิจการเด็กและเยาวชนเลขที่ ๖๑๘/๑ ถนนนิคมมักกะสัน เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร ๑๐๔๐๐ โทร. ๐ ๒๒๕๕ - ๕๘๕๐ - ๗ ต่อ ๑๒๑ หรือ ๑๒๒ หรือ ๑๒๓ หรือ ๑๔๗ หรือ ๑๕๒ หรือ ๐ ๒๖๕๑ - ๖๕๓๔ หรือ ๐ ๒๖๕๑ ๖๙๒๐ หรือ ๐ ๒๖๕๑ ๖๙๐๒

## หน่วยรับลงทะเบียน ดำเนินการดังนี้

๑) ออกเอกสารการลงทะเบียน (ในท้ายแบบ ดร.๐๑) และแบบรับรองสถานะของครัวเรือน(แบบ ดร.๐๒) ให้กับผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียน

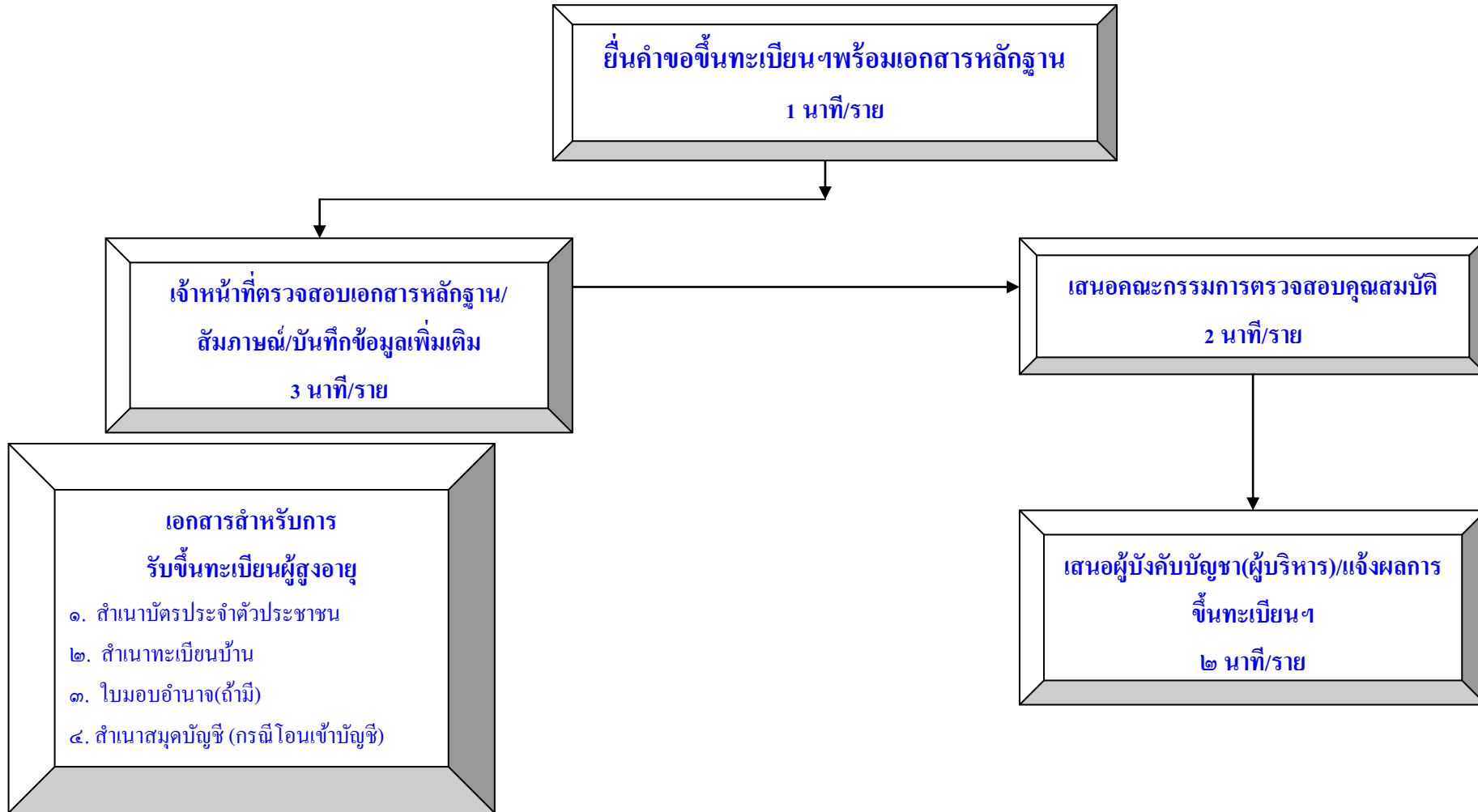
๒) จัดส่งเอกสารแบบคำร้องขอลงทะเบียน (แบบ ดร.๐๑) แบบรับรองสถานะของครัวเรือน(แบบ ดร.๐๒) รวมทั้งจัดทำสำเนาตามข้อ ๓) - ๖) ส่งให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานี แล้วแต่กรณี เพื่อใช้ประกอบการบันทึกข้อมูลในระบบฐานข้อมูลโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

กรณีตรวจพบว่า การลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิไม่ถูกต้อง หรือเอกสารหลักฐานไม่ถูกต้องครบถ้วน ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับคำร้องขอลงทะเบียนแจ้งผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียน เพื่อแก้ไขให้ถูกต้องครบถ้วนภายใน ๑๕ วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับหนังสือ หากผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนไม่ดำเนินการแก้ไขให้ถูกต้องครบถ้วนภายในระยะเวลาที่กำหนด ให้ถือว่าไม่ประสงค์จะขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

ทั้งนี้ให้ถือว่าวันที่องค์การบริหารส่วนตำบลอุ้มฉาง ได้รับเอกสารครบถ้วนเป็น วันที่ยื่นคำร้องขอลงทะเบียน

ภาคผนวก

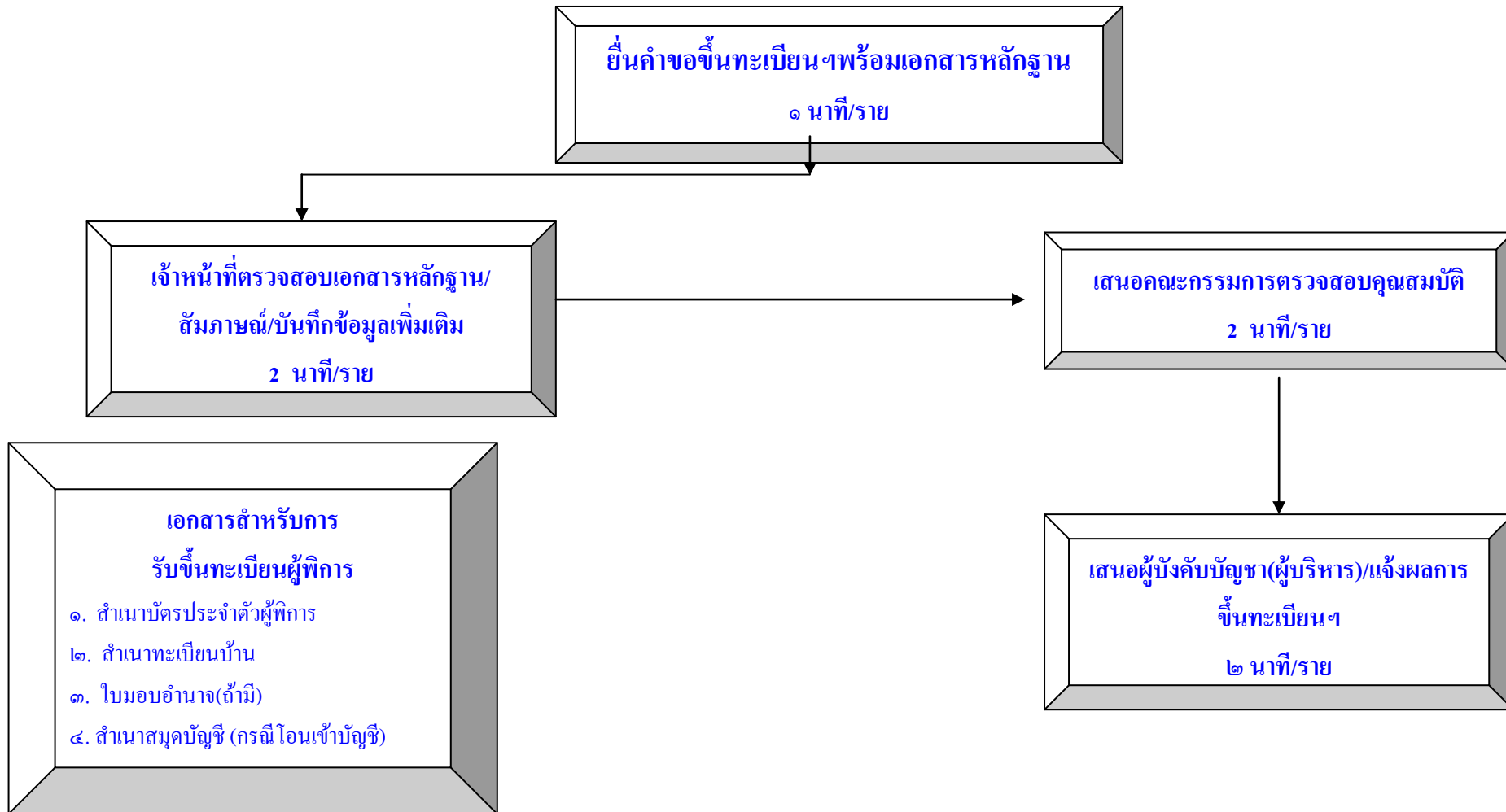
## แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ)



ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ เดิม ๑๐ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๗-๘ นาที/ราย

หมายเหตุ: ระหว่างเดือน ตุลาคม - พฤศจิกายน และ เดือนมกราคม - กันยายน

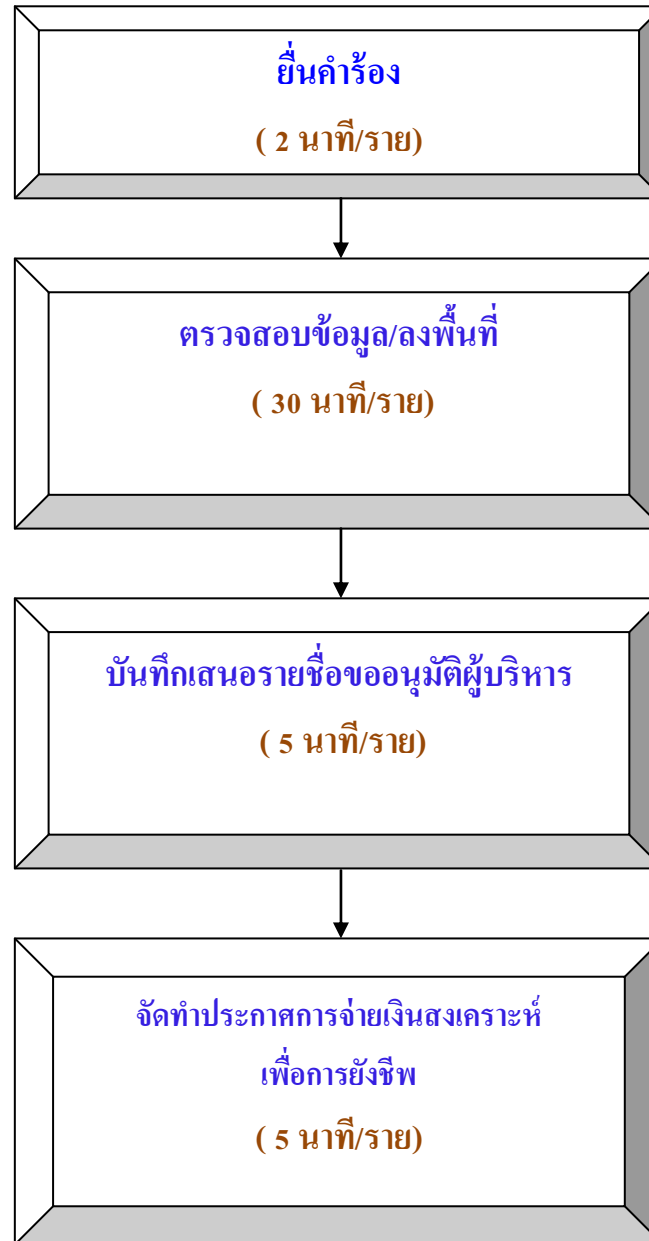
## แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ)



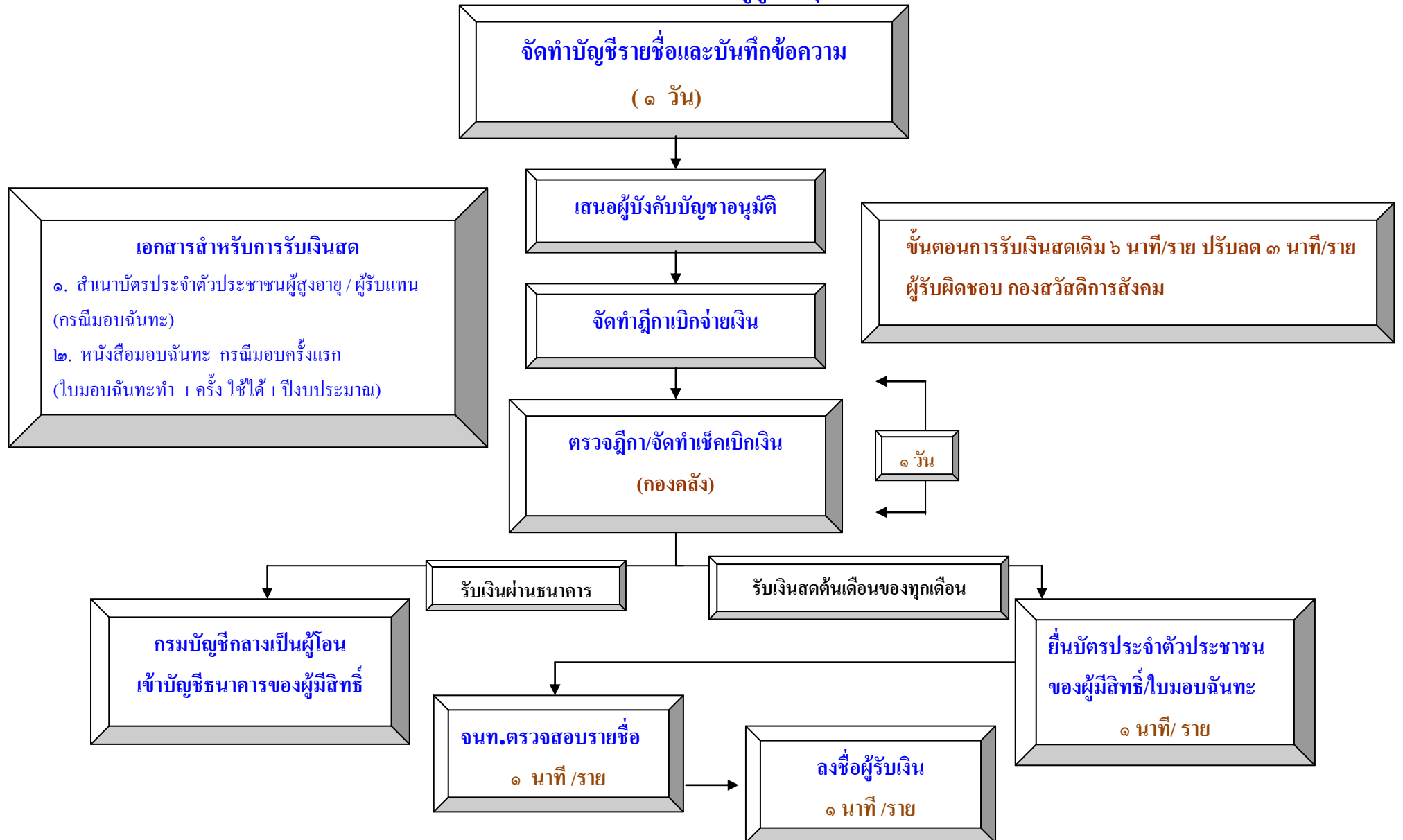
ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ เดิม ๑๐ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๗-๘ นาที/ราย

หมายเหตุ: รับขึ้นทะเบียนภายในวันจันทร์-วันศุกร์ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.

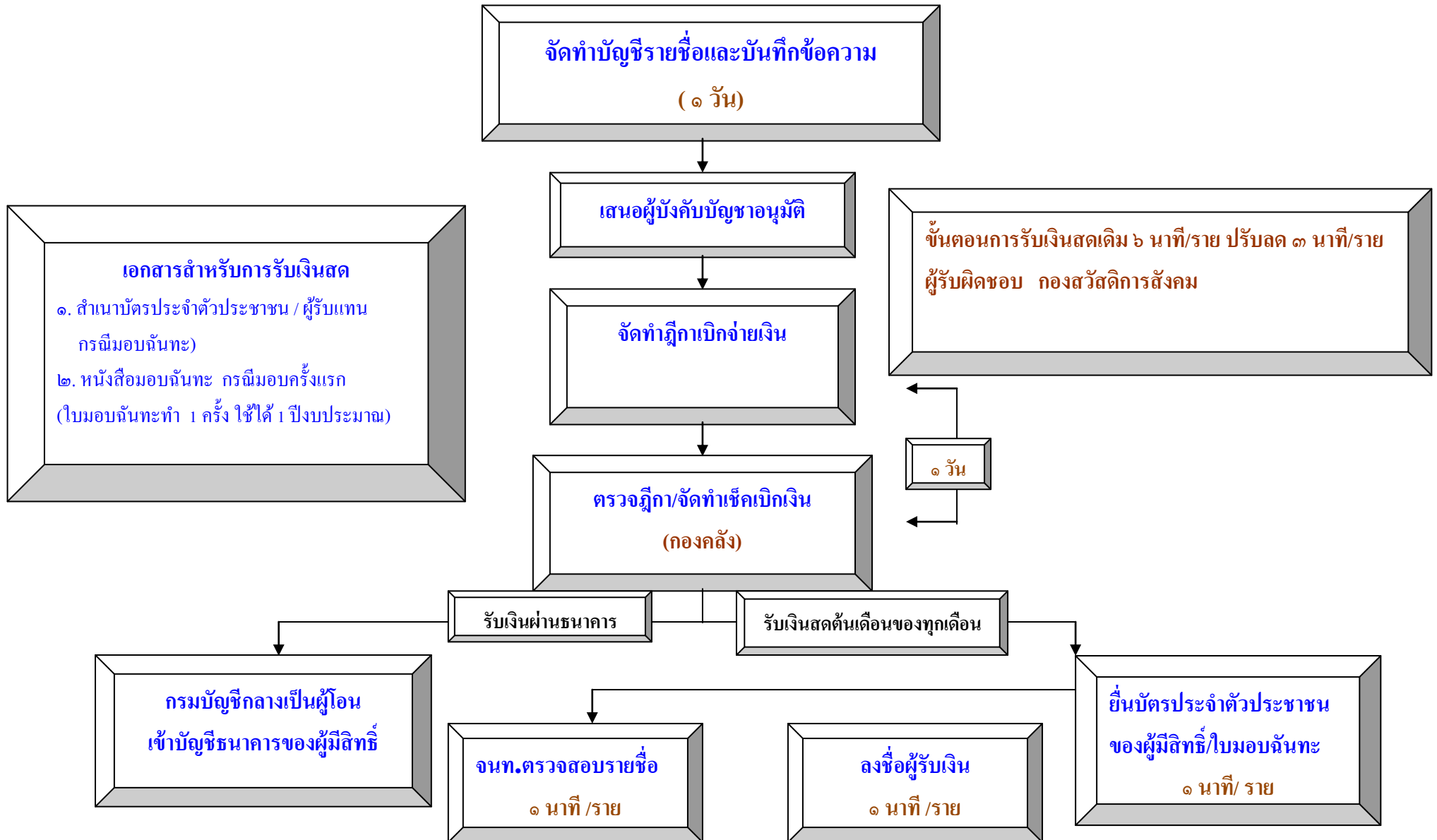
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ  
(การรับขึ้นทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์)



# แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การเบิก-จ่ายเบี้ยผู้สูงอายุ)

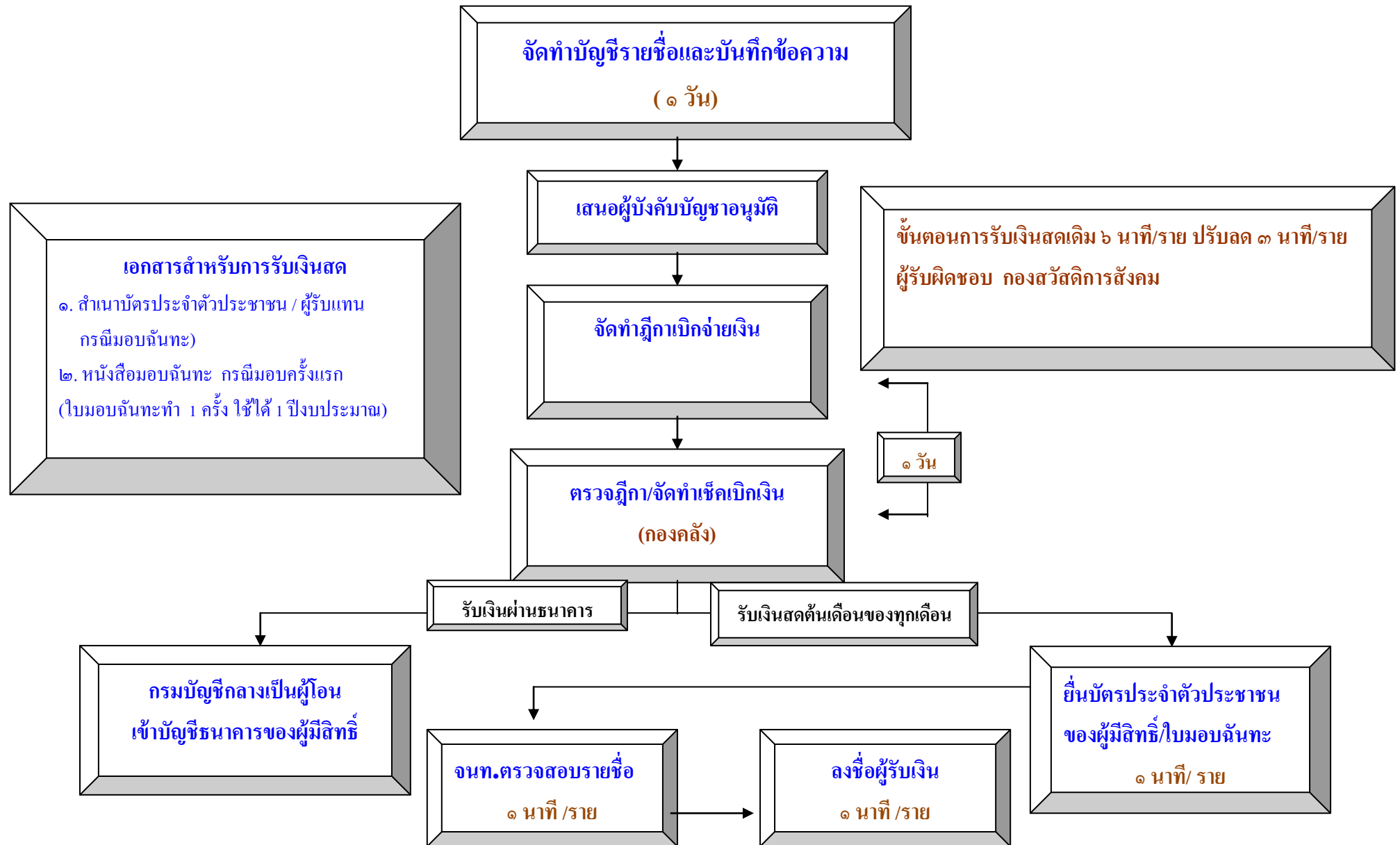


# แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การเบิก-จ่ายเบี้ยความพิการ)





# แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การเบิก-จ่ายเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์)





# ตัวอย่างแบบฟอร์มคำขอขึ้นทะเบียน

ทะเบียนเลขที่...../

## แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ลงทะเบียน

ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ) .....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

□-□□□□-□□□□□□-□□-□ ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

เขียนที่.....อนต.อุ้มฉาน.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี สัญชาติ.....ไทย.....มีชื่ออยู่ในสำเนา

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

ตำบล/แขวง.....อุ้มฉาน.....อำเภอ/เขต.....ประจักษ์ศิลปาคม.....จังหวัด.....อุดรธานี.....

รหัสไปรษณีย์.....๕๑๑๑๑.....โทรศัพท์.....

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

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

อาชีพ.....รายได้ต่อเดือน.....บาท

### ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการของรัฐ

ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์  ได้รับการสงเคราะห์ความพิการ

ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อวันที่.....โดยย้ายมาจาก

(ระบุที่อยู่เดิม.....)

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

รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

### พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย  สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงาน

ของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

<p><b>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</b> เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย / นาง / นางสาว ..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□□-□ <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก ..... ..... (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p><b>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</b> เรียน ..... คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มี ความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน  กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)  กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)  กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p>
<p><b>คำสั่ง</b> <input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....  (ลงชื่อ)..... (.....) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลอุ่มจาน วัน/เดือน/ปี.....</p>	

----- (ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้) -----

ผู้สูงอายุ ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน โดยได้รับตั้งแต่ เดือน.....พ.ศ. .... เป็นต้นไป กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนา ไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนกันยายนของปีนั้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมจนสิ้นปีงบประมาณ และรับที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ในปีงบประมาณถัดไป

(ลงชื่อ).....  
(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

ทะเบียนเลขที่...../.....

### แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น  บิดา-มารดา  บุตร  สามเ-ภรรยา  พี่น้อง  ผู้ดูแลคนพิการ  อื่นๆ .....ลงทะเบียนชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ ---- ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

### ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ชื่อ.....นามสกุล.....

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

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

อำเภอ/เขต.....ประจำตัวประชาชน..... จังหวัด..... อุดรธานี..... รหัสไปรษณีย์.....๕๑๑๑๑.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้พิการที่ยื่นคำขอ ----

**ประเภทความพิการ**  ความพิการทางการเห็น  ความพิการทางสติปัญญา

ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย  ความพิการทางการเรียนรู้  ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

ความพิการทางอภิสติ  ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม  พิการซ้ำซ้อน  ไม่ระบุความพิการ

สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่าร้าง  แยกกันอยู่  อื่น ๆ.....

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

### ข้อมูลทั่วไป: สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ

ยังไม่เคยได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ  เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....  ได้รับการ

สงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์  อื่นๆ (ระบุ).....

ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเอง  มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ  ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

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

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

รับเงินสดด้วยตนเอง

รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มี

สิทธิ

ธนาคาร.....ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

### พร้อมแนบเอกสารดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย  สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯแทน)

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว/..... ..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีข้อบกพร่อง เนื่องจาก..... ..... (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน ..... คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมี ความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p>
<p>คำสั่ง <input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ..... (ลงชื่อ)..... นายกองค์การบริหารส่วนตำบลอุ่มจาน วัน/เดือน/ปี.....</p>	

ติดตามเส้นประให้คนพิการที่ขึ้นทะเบียนเก็บไว้

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. .... โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการตั้งแต่เดือน.....ในอัตราเดือนละ๘๐๐ บาท กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น ต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ โดยทันที เพื่อรักษาสติให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยพิการ

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

# ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือมอบอำนาจ

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....  
เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....  
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....  
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....เกี่ยวพันเป็น.....  
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....เลขที่.....ออกให้ ณ.....  
เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....  
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจ.....ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพ.....ผู้สูงอายุ.....แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วย  
ตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

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

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ใบมอบอำนาจเลขที่.....

ลำดับที่.....

# ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือมอบอำนาจ

## ใบมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....  
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .... อายุ.....  
เลขประจำตัวประชาชน.....ออกให้โดย.....  
วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....  
ตำบลบัวขาว อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เบอร์โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....  
เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....  
ตำบลบัวขาว อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เบอร์โทรศัพท์.....  
มีความสัมพันธ์เป็น.....เป็นผู้รับเบี่ยยังชีพ  ผู้สูงอายุ  ผู้พิการ  
ของข้าพเจ้า ตั้งแต่เดือน ตุลาคม ๒๕๖๓ - เดือน กันยายน ๒๕๖๔ จำนวนเดือนละ.....บาท  
รวมเป็นเงิน.....บาท (.....)/ต่อเดือน

แทนข้าพเจ้าจากองค์การบริหารส่วนตำบลอุ่มจาน อำเภอประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี  
เนื่องจาก.....

จึงไม่สามารถมารับเบี่ยยังชีพด้วยตัวเอง จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

## คำรับรองผู้รับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....  
เลขประจำตัวประชาชน.....ออกให้โดย.....  
วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....ยินยอมเป็นผู้รับมอบอำนาจแทน เพื่อกระทำการตาม  
หนังสือมอบอำนาจฉบับนี้

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

หมายเหตุ : แนบสำเนาบัตรประชาชน ผู้มอบอำนาจ, แนบสำเนาบัตรประชาชน ผู้รับมอบอำนาจ



# ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือแสดงความประสงค์ รับเงินเบี้ยยังชีพ

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

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

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลอู่ม่าน

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มีสิทธิได้รับ  
การสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้สูงอายุ ลำดับที่.....นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....  
(.....)

