# คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานตามภารกิจ

## กองสวัสดิการสังคม

เทศบาลตำบลพระซอง
ตำบลพระซอง อำเภอนาแก
จังหวัดนครพนม

# คำนำ

เทศบาลตำบลพระซอง โดยกองสวัสดิการสังคม มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคม ให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในเขตเทศบาลตำบลพระซองและส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคล เหล่านี้ รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การรับลงทะเบียนคนพิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ และรับคำร้องผู้ป่วยเอดส์เพื่อรับเบี้ยยังชีพ ผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพฯ ให้กับบุคคลดังกล่าว โดยถือปฏิบัติตามระเบียบ กระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๒ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็ว และถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าว เทศบาล ตำบลพระซอง จึงได้จัดทำคู่มือการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การ ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการการยื่นคำร้องเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ขึ้น

เทศบาลตำบลพระซอง หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ คน พิการ และผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ ชัดเจน ซึ่งจำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการ ต่อไป

๑ มกราคม - ๓๐ กันยายน

๑ ตุลาคม - ๓๐ พฤศจิกายน

**เป็นวันรับขึ้นทะเบียน**
**ผู้สูงอายุ...และคนพิการ จ้า**

**อย่าลืม !!!! นะจ๊ะ**
**ไม่มีชื่อ ไม่มีสิทธิ**
**จ้า !!!**

# คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพฯ

# ผู้สูงอายุ

**ตรวจสอบดูคุณสมบัติของตัวเอง ตามรายการดังนี้**

(๑) มีสัญชาติไทย (ในเขต เทศบาลตำบลพระซอง)

(๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต เทศบาลตำบลพระซอง และ (ตามทะเบียนบ้าน)

(๓) เป็นผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปี บริบูรณ์ใน ปีถัดไป (ปัจจุบัน อายุ ๕๙ ปี บริบูรณ์ และ ต้องเกิดก่อน ๑ ตุลาคม ๒๕๐๐)

(๔) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใด จากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้ พิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

**<u>หมายเหตุ</u> : กรณีได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้ว**
**และได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่ตำบลและ**

**จะต้องมาขึ้นทะเบียน ที่เทศบาลตำบลพระซอง ห้วงที่ ๑ ภายใน ๑ ตุลาคม - ๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี และ ห้วงที่ ๒ ในวันที่ ๑ มกราคม - ๓๐ กันยายน ของทุกปี**

## เพื่อใช้สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพต่อเนื่อง......

# ผู้พิการ

**ตรวจสอบดูคุณสมบัติของตัวเอง  ตามรายการดังนี้**

(๑) มีสัญชาติไทย (ในเขต เทศบาลตำบลพระซอง)

(๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต เทศบาลตำบลพระซอง (ตามทะเบียนบ้าน)

(๓) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ

(๔) ไม่เป็น บุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ ของรัฐ

ตัวอย่างบัตรและสมุดประจำตัวคนพิการ

**กรณีได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการอยู่แล้ว และได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่ตำบลและจะต้องมาขึ้นทะเบียนที่ เทศบาลตำบล ลงทะเบียนได้ตลอดทั้งปี**

## เพื่อใช้สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพต่อเนื่อง......

## ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

# ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม “แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ”

☺ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตร อื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ ที่มี รูปถ่าย ฉบับจริง

☺ ทะเบียนบ้าน ฉบับจริง

☺ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ฉบับจริง (เฉพาะหน้าที่แสดง ชื่อ และเลขที่บัญชี) สำหรับกรณีที่ผู้ ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุผ่านธนาคาร

หมายเหตุ : ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อที่ เทศบาลตำบล.และ พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

**ขอรับแบบคำขอขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ และยื่นเอกสารประกอบ ได้ที่งาน กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลพระซอง อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม**

# ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อ รับเงิน เบี้ยยังชีพคนพิการ

## ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม "แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ"

☺ บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริม คุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับจริง

☺ ทะเบียนบ้าน ฉบับจริง

☺ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ฉบับจริง (เฉพาะหน้าที่แสดง ชื่อ และเลขที่บัญชี) สำหรับกรณีที่ผู้ ขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผ่านธนาคาร

**หมายเหตุ :** กรณีที่คนพิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง **อาจมอบอำนาจ** เป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทน แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและคนดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย คนพิการที่เป็นผู้สูงอายุสามารถลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ด้วย

****ขอรับแบบคำขอขึ้นทะเบียนคนพิการ และยื่นเอกสาร ได้ที่งานกองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลพระซอง อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม**

# คำชี้แจง

ผู้สูงอายุ/คนพิการที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพอยู่แล้วในพื้นที่อื่น ภายหลังได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่ในพื้นที่ตำบลและ ให้มาแจ้งขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพต่อที่ **เทศบาลตำบลพระซอง** แต่สิทธิในการรับเงินยังจะคงอยู่ที่เดิมจนสิ้นปีงบประมาณ

นาง ก. รับเงินเบี้ยยังชีพอยู่ เทศบาล ก ภายหลังได้แจ้งย้ายที่อยู่มาอยู่พื้นที่ตำบลและ ในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๙ นาง ก. ต้องมาขึ้นทะเบียนใหม่ ที่ เทศบาล ภายในวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ แต่ นาง ก. จะยังคงรับเงินเบี้ยยังชีพที่ เทศบาล ก อยู่จนถึงเดือน กันยายน ๒๕๕๘ และมีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ที่ เทศบาล และ ในเดือน ตุลาคม ๒๕๖๐ เป็นต้นไป

# ประกาศรายชื่อ ผู้มีสิทธิรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ

ให้ผู้ที่มายื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพ มาตรวจสอบ รายชื่อตามประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ ณ เทศบาลตำบลพระซอง และบอร์ดประจำหมู่บ้าน ภายในวันที่ ๑๕ ธันวาคมของทุกปี (นับจากวันสิ้นสุดกำหนด การยื่นขอขึ้นทะเบียน วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี)

# การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ

เทศบาล จะดำเนินการเบิก – จ่ายเงินให้กับผู้สูงอายุและคนพิการที่มาขึ้นทะเบียน ไว้แล้ว โดยจะเริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม ปีถัดไป โดยจะจ่าย เป็นเงินสด หรือโอนเข้าบัญชีธนาคาร ตามที่ผู้สูงอายุและคนพิการได้แจ้งความประสงค์ไว้

****กำหนดวันจ่ายเงินเบี้ยยังชีพ ทุกวันที่ ๑๐ ของเดือน****

# ช่องทางการรับเงินเบี้ยยังชีพ

**ผู้ประสงค์รับเงินผ่านธนาคาร**

**ผู้ประสงค์รับเงินสด**

ตามจุดที่ได้แจ้งไว้ เช่น เทศบาล และ/ กำนัน ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้าน หรือ ขึ้นอยู่กับความเหมาะสม โดยจะมีการแจ้งให้ทราบล่วงหน้า

โอนเข้าบัญชีธนาคารในนาม ผู้สูงอายุ ,คนพิการ หรือ ผู้รับมอบอำนาจ

รับเงินสดในนามผู้สูงอายุ,คนพิการ หรือผู้รับมอบอำนาจ

# การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได สำหรับผู้สูงอายุ

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับใน ปัจจุบัน (ปี ๒๕๖๑) การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ คิดใน อัตราเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได แบบ **"ขั้นบันได"** หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของ ผู้สูงอายุออกเป็น ช่วง ๆ หรือเป็นขั้น ขึ้นไปเรื่อย ๆ โดยเริ่ม ตั้งแต่อายุ ๖๐ ปี

**โดยคำนวณตามปีงบประมาณ**
**มิใช่ปีปฏิทิน และไม่มีการเพิ่มของอายุระหว่างปี**

## ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือน 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 |

# วิธีคำนวณอายุของผู้สูงอายุ

แล้วปีนี้ ฉันจะได้เงิน
เบี้ยเท่าไร น้อ ?

การนับอายุว่าจะอยู่ในขั้นที่เท่าไหร่ ให้นับ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน เท่านั้น เช่น

๑. นาง ก. เกิด ๓๐ กันยายน ๒๔๘๗ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๘ นาง ก. จะอายุ ๗๐ ปี หมายความว่า นาง ก. จะได้รับ เงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๗๐๐ บาท ในเดือน ตุลาคม ๒๕๕๗ (งบประมาณปี ๒๕๕๘)

๒. นาง ข. เกิด ๑ ตุลาคม ๒๔๘๗ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๘ นาง ข. จะอายุ ๖๙ ปี หมายความว่า นาง ข. จะได้รับเงิน เบี้ยยังชีพเดือนละ ๖๐๐ บาท เท่าเดิม จนกว่าจะถึงรอบปีถัดไป

การนับรอบปีงบประมาณ คือ ๑ ตุลาคม – ๓๐ กันยายน เช่น
ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๗-๓๐ กันยายน ๒๕๕๘
ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๘-๓๐ กันยายน ๒๕๕๙
ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙-๓๐ กันยายน ๒๕๖๐
ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐-๓๐ กันยายน ๒๕๖๑

# การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ

๑. ตาย (ยกเลิกการสงเคราะห์จัดการศพรายละ ๒,๐๐๐ บาท ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี พ.ศ. ๒๕๕๗ ลงวันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๕๗)

๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขต เทศบาลตำบล

๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ

๔. ขาดคุณสมบัติ

# หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และคนพิการ

๑. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง

๒. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพ หรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเป็นเงินสด ต้องมารับเงินให้ตรงตามวัน เวลา ที่กำหนด

๓. เมื่อย้ายภูมิลำเนาจาก เทศบาลตำบล ไปอยู่ภูมิลำเนาอื่น ต้องแจ้งข้อมูลเพื่อให้ เทศบาล และ ได้รับทราบ

๔. ให้ผู้ที่รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ แสดงการมีชีวิตอยู่ต่อ เทศบาลตำบล และ ระหว่างวันที่ ๑ - ๕ ตุลาคม ของทุกปี

๕. **กรณีตาย** ให้ผู้ดูแลหรือญาติของผู้สูงอายุ หรือคนพิการของผู้รับเงินเบี้ยยังชีพแจ้งการตาย ให้ เทศบาลตำบล และ ได้รับทราบ (พร้อมสำเนามรณบัตร) **ภายใน ๗ วัน**

# ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ

๑. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสารรับรองความพิการ

๒. ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครพนม (ศูนย์ราชการจังหวัดนครพนม ) 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 ถ้าคนพิการมีผู้ดูแล ให้นำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

๓. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอทำบัตรประจำตัวคนพิการ ให้นำหลักฐาน ตามข้อ ๒.๔ – ๒.๕ มาด้วย

๔. หลังจากได้บัตรประจำตัวคนพิการให้ไปเปลี่ยนสิทธิ์ผู้พิการ (ท.๗๔) ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและตามสิทธิ์หลักที่ใช้บัตรทองอยู่ (สำหรับผู้ที่ใช้สิทธิ์เบิกได้โดยตรงไม่ต้องทำตามข้อ ๗)

# บัตรประจำตัวคนพิการ

การดำเนินการต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ สามารถต่อได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครพนม (ศูนย์ราชการจังหวัดนครพนม) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๑. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม

๒. รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป

๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ จำนวน ๑ ฉบับ

๔. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการมีผู้ดูแล ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ

๕. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการให้นำหลักฐานตามข้อ ๓-๔ มาด้วย

## การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ

การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ สามารถติดต่อได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครพนม (ศูนย์ราชการจังหวัดนครพนม) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๑. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม

๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน ฉบับจริง จำนวน ๑ ฉบับ

๓. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนเดิม ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน ฉบับจริง จำนวน ๑ ฉบับ

**การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ**(ต่อ)

๔. **หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนใหม่** ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ

๕. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ

๖. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้รับรอง จำนวน ๑ ฉบับ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาเทศบาลตำบล หรือ ข้าราชการ ระดับ ๓ ขึ้นไป)

**ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์**

๑. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดย สถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลพระซอง

๓. การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ กองสวัสดิการสังคม โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่นดังนี้

๓.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

๓.๒ บัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง)

๓.๓ ทะเบียนบ้าน (ฉบับจริง)

๔. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้

## ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

๕. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด

๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนา เท่านั้น

๗. กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้อง แจ้งให้ กองสวัสดิการสังคม ภายใน ๗ วัน

ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่าป่วยเป็น โรคเอดส์ /AIDS เท่านั้น หากระบุว่าป่วยเป็น HIV หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง จะไม่เข้าหลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์

# ข้อแนะนำสำหรับการยื่นขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

เป็นโครงการของรัฐบาลที่ช่วยเหลือภาระค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับเด็กแรกเกิด ซึ่งผู้ที่จะได้รับเงินในส่วนนี้ต้องมีเงื่อนไขบางประการ เช่น เด็กต้องเป็นสัญชาติไทย พ่อหรือแม่ต้องมีสัญชาติไทย และอยู่ในฐานะครอบครัวที่ยากจนหรือครอบครัวที่เสี่ยงต่อความยากจน โดยรายได้ครัวเรือนเฉลี่ยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท/คน/ปี เป็นต้น โดยรัฐบาลจะช่วยออกค่าเลี้ยงดูบุตรให้คนละ ๖๐๐ บาท/เดือน จนเด็กอายุครบ ๖ ขวบบริบูรณ์ ซึ่งคุณจะต้องไปลงทะเบียนขอรับสิทธิ์เอง

## คุณสมบัติเด็กแรกเกิดที่มีสิทธิ

๑. มีสัญชาติไทย (พ่อแม่มีสัญชาติไทย หรือพ่อหรือแม่มีสัญชาติไทย)
๒. เกิดตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๘ เป็นต้นไป จนมีอายุครบ ๖ ปี
๓. อาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย
๔. ไม่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของหน่วยงานของรัฐ หรือเอกชน

## ผู้ปกครองที่มีสิทธิลงทะเบียน

๑. มีสัญชาติไทย

๒. เป็นบุคคลที่รับเด็กแรกเกิดไว้ในความอุปการะ
๓. เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วย
๔. อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย คือ สมาชิกครัวเรือนมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ต่อคน ต่อปี

*****หมายเหตุ*** มารดาที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ยังไม่ต้องมายื่นคำร้องขอลงทะเบียนขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็ก**

## สถานที่รับลงทะเบียน

สามารถลงทะเบียนได้ในพื้นที่ที่เด็กแรกเกิด และผู้ปกครองอาศัยอยู่จริง ดังนี้

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

***หมายเหตุ*** กำหนดการจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
ทุกวันที่ ๑๐ ของเดือน

- จ่ายตรงงวด จำนวน ๖๐๐ บาทต่อเดือน
- จ่ายย้อนหลังให้ตามสิทธิ

# เอกสารประกอบการลงทะเบียน ประกอบด้วย

๑. แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.๐๑)

๒. แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒)

๓. บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง

๔. สูติบัตรเด็กแรกเกิด

๕. สมุดบัญชีเงินฝากของผู้ปกครอง (บัญชีออมทรัพย์ธนาคารกรุงไทย บัญชีเงินฝากเผื่อเรียกธนาคารออมสิน หรือบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส.) อย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น)

๖. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก เฉพาะหน้าที่ ๑ ที่มีชื่อของหญิงตั้งครรภ์ (ในกรณีที่สมุดสูญหายให้ใช้เฉพาะสำเนาหน้าที่ ๑ พร้อมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูลและรับรองสำเนา)

๗. กรณีที่ผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนและสมาชิกในครัวเรือนของผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียน เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท ต้องมีเอกสาร ใบรับรองเงินเดือน หรือหนังสือรับรองรายได้ของทุกคนที่มีรายได้ประจำ(สลิปเงินเดือน หรือเอกสารหลักฐานที่นายจ้างลงนาม)

๘. สำเนาเอกสาร หรือบัตรข้าราชการ เจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่ง หรือเอกสารอื่นใดที่แสดงตนของผู้รับรองคนที่ ๑ และผู้รับรองคนที่ ๒

# ขั้นตอนการลงทะเบียนรับเงิน โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

# ข้อแนะนำสำหรับการยื่นขอรับการสนับสนุนการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔

## กฎหมายและประกาศที่เกี่ยวข้อง

๑. ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง การสนับสนุนการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี

๒. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ มาตรา ๑๑ (๑๒) เรื่องการสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

๓. ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดหน่อยงานผู้มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ ลงวันที่ ๑๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๓

## วัตถุประสงค์

เพื่อสงเคราะห์การจัดการศพตามประเพณีแก่ผู้สูงอายุที่เสียชีวิต มีฐานะยากจนศพละ ๓,๐๐๐ บาท

## นิยามศัพท์

๑. การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี หมายถึง การช่วยเหลือเป็นเงินในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณีรายละ ๓,๐๐๐ บาท

๒. ผู้ที่ยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรม ซึ่งได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้องของผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรม ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่มีญาติ บุคคลที่รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุเป็นผู้ยื่นคำขอรับเงินค่าจัดการศพ เช่น ผู้ให้การดูแล ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น

๓. ผู้ให้คำรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี หมายถึง ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน หรือผู้อำนวยศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ผู้ปกครองสถานสงเคราะห์ ผู้ปกครองสถานดูแล ผู้อำนวยการสถานคุ้มครอง หรือผู้ปกครองสถานใดๆ ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

# ขั้นตอนดำเนินงานโครงการสนับสนุนการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

**การยื่นคำขอ**

ผู้รับผิดชอบการจัดการศพยื่นคำขอ ภายใน ๖ เดือน นับตั้งแต่วันที่ออกใบมรณบัตร

**จังหวัดอื่น**

-พมจ.
- ที่ว่าการอำเภอ
- สำนักงานเทศบาล
- ที่ทำการองค์กรบริหารส่วนตำบล
- ศาลาว่าการเมืองพัทยา

**กรุงเทพมหานคร**

สำนักงานเขต

**การตรวจสอบข้อมูล**

หน่อยงานที่รับเรื่อง ตรวจสอบคุณสมบัติผู้สูงอายุและตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร

ไม่ผ่านการพิจารณา → ชี้แจงต่อผู้ยื่นคำขอ

ผ่านการพิจารณา → เจ้าหน้าที่รวบรวมเอกสารหลักฐาน

**การให้ความช่วยเหลือ**

การช่วยเหลือเป็นเงิน รายละ ๓,๐๐๐ บาท

ผ่านช่องทาง โดยวิธีใดวิธีหนึ่งตามลำดับ ดังนี้

☑ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้มีสิทธิรับเงิน ผ่านระบบ Krungthai Corporate Online

☑ เช็ค

☑ เงินสด

**การบันทึกข้อมูล**

การบันทึกข้อมูลการช่วยเหลือลงในระบบศูนย์ข้อมูลกลางผู้สูงอายุด้านสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ฐานการสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี (http;//center.dop.go.th) กระบวนการตรวจสอบข้อเท็จจริง การประเมินสภาพปัญหา และการให้ความช่วยเหลือ

หมายเหตุ : การบันทึกข้อมูลต้องบันทึกภายใน ๑-๒ วัน นับตั้งแต่วันที่ผู้รับผิดชอบในการจัดการศพตามประเพณียื่นคำขอ หรือภายใน ๑-๒ วัน นับตั้งแต่วันที่อำเภอ เทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบลรวบรวมเอกสารคำชมรับเงินสงเคราะห์ส่งมายัง พมจ.

**<u>เอกสารประกอบการยื่นคำขอเงินค่าจัดการศพ</u>**

- ใบมรณบัตรของผู้สูงอายุ
- บัตรสวัสดิการแห่งรัฐของผู้สูงอายุ
- บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรที่ออกโดยหน่วยงานรัฐที่มีรูปถ่ายและเลขประจำตัวประชาชนของผู้มายื่นคำขอ

กรณีการจัดการศพตามประเพณีโดยมูลนิธิสมาคมวัดมัสยิดโบสถ์ให้แนบหนังสือแสดงการจดทะเบียน หรืออนุญาตให้สร้าง จัดตั้ง หรือดำเนินงานมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์ ด้วย

- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ยื่นคำขอ
- แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ Krungthai Corporate Online
- แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี (ศผส.๐๑)

ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่อยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุสถานสงเคราะห์ สถานดูแล สถานคุ้มครอง หรือสถานใดๆ ของรัฐหรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้หัวหน้าหน่วยงานเป็นผู้รับรอง

- ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัตรตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐแต่ยังไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียนให้ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค์กรบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชนเป็นผู้รับรอง (ศผส.๐๒)

**<u>คุณสมบัติผู้สูงอายุที่เสียชีวิตขอรับค่าจัดการศพผู้สูงอายุ</u>**

(๑) มีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป

(๒) มีสัญชาติไทย

(๓) ผู้สูงอายุที่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เว้นแต่ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ แต่ยังไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียน ให้ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค์กรบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชนเป็นผู้รับรอง

การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณีตามประกาศนี้ให้รวมถึงผู้สูงอายุซึ่งอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุสถานสงเคราะห์ สถานดูแล สถานคุ้มครอง หรือสถานใดๆ ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ดำเนินการในลักษณะเดียวกัน ซึ่งจัดการศพตามประเพณี โดยมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์

การพิจารณาอนุมัติจ่ายเงิน

จังหวัดอื่น : พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

กรุงเทพฯ : ผู้อำนวยการเขต

**การรายงานผล**

"รายงานตามแบบรายงานผลการดำเนินงานโครงการสนับสนุนการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี ทั้งนี้รายงานกลับมายังกรมกิจการผู้สูงอายุ ทุกวันที่ ๕ ของเดือนถัดไป โดยส่งไฟล์รายงานผลดังกล่าวทาง E-mail : <u>atiporn.p@dop.mail.go.th</u>ในรูปแบบไฟล์ Excel"

# ขั้นตอนดำเนินงานโครงการสนับสนุนการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี ของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (ศผส.) ดำเนินการประมาณการจำนวนผู้สูงอายุใน ศผส. ที่จะเสียชีวิตภายในปีงบประมาณนั้น ภายในเดือนตุลาคม และส่งให้กรมกิจการผู้สูงอายุ เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

↓

กรมกิจการผู้สูงอายุมีหนังสือถึงผู้ว่าราชการจังหวัด เพื่อขอความร่วมมือ พมจ./กทม. สนับสนุนงบประมาณในการจัดการศพผู้สูงอายุที่เสียชีวิตใน ศผส.

↓

**การยื่นคำขอ**

ให้มูลนิธิ สมาคมวัด มัสยิด โบสถ์ ที่ดำเนินการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณีใน ศพส. ยื่นคำขอพร้อมเอกสารและหลักฐาน ดังนี้

↓

**สถานที่ยื่นคำขอ**

- กรุงเทพมหานคร ให้ยื่นคำขอที่สำนักเขต ๕๐ เขต
- จังหวัดอื่น ให้ยื่นคำขอที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หรือที่ว่าการอำเภอ หรือสำนักงานเขตเทศบาล หรือที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลหรือศาลาว่าการเมืองพัทยา

→

**การตรวจสอบข้อมูล**

สำนักงานเขต หรือ พมจ. ตรวจสอบคุณสมบัติผู้สูงอายุ และตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร

- ไม่ผ่านการพิจารณา → ชี้แจงต่อผู้ยื่นคำขอ
- ผ่านการพิจารณา → เจ้าหน้าที่รวบรวมเอกสารหลักฐาน

↓

**การให้ความช่วยเหลือ**

การช่วยเหลือเป็นเงิน รายละ ๓,๐๐๐ บาท

**ผ่านช่องทาง โดยวิธีใดหนึ่งตามลำดับ ดังนี้**

☑ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้มีสิทธิรับเงิน ผ่านระบบ Krungthai Corporate Online

☑ เช็ค

☑ เงินสด

↓ (จากสถานที่ยื่นคำขอ)

**<u>เอกสารประกอบการยื่นคำขอเงินค่าจัดการศพ</u>**

- ใบมรณบัตรของผู้สูงอายุ
- บัตรสวัสดิการแห่งรัฐของผู้สูงอายุ หรือหนังสือรับรอง (ศพส.๐๒)
- บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายและเลขประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ

<u>กรณีการจัดการศพตามประเพณีโดยมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์ ให้แนบหนังสือแสดงการจดทะเบียน หรืออนุญาตให้สร้าง จัดตั้ง หรือดำเนินงาน มูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์ ด้วย</u>

- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ยื่นคำขอ
- แนบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบKrungthai Corporate Online
- แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี (ศพส.๐๑)

ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่อยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์ สถานดูแล สถานคุ้มครอง หรือสถานใดๆ ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้หัวหน้าหน่วยงานเป็นผู้รับรอง

- ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐแต่ยังไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียน ให้ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค์กรบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชนเป็นผู้รับรอง (ศพส.๐๒)

# แนวทางปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่ ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครองการส่งเสริมและการสนับสนุนการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี

## การเบิกจ่ายงบประมาณ

**๑. กรมกิจการผู้สูงอายุ** จัดสรรงบประมาณไปที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด และกรุงเทพมหานคร

**๒. งบบริหารจัดการ** กรมกิจการผู้สูงอายุสนับสนุนงบดำเนินงาน ให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ภายใต้โครงการปรับสภาพแวดล้อมและสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้สูงอายุให้เหมาะสมและปลอดภัยและโครงการธนาคารเวลาของประเทศไทย เพื่อเป็นงบประมาณในการบริหารจัดการโครงการภายใต้กองส่งเสริมสวัสดิการและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ ประกอบด้วย โครงการปรับสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้สูงอายุให้เหมาะสมและปลอดภัย โครงการให้บริการสงเคราะห์ผู้สูงอายุในภาวะยากลำบาก โครงการสนับสนุนการจัดการศพสูงอายุตามประเพณี โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ) โครงการธนาคารเวลาของประเทศไทย โครงการเสริมสร้างชุมชนที่เป็นมิตรของผู้สูงอายุ โครงการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ และโครงการสนับสนุนศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ สามารถนำไปบริหารจัดการการดำเนินงาน เช่น ค่าผลิตเอกสารแบบคำขอ ค่าเอกสารในการจัดประชุม ค่าจัดประชุมชี้แจ้ง ค่าจัดประชุมติดตามงาน ค่าลงพื้นที่ติดตามงาน ค่าเอกสารรูปเล่มรายงาน ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง เป็นต้น

๓. กรณีเงินงบประมาณค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณีที่ได้รับการจัดสรรไม่เพียงพอให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด มีหนังสือถึงกรมกิจการผู้สูงอายุ เพื่อขอรับงบประมาณเพิ่มเติม ภายใน<u>กลางเดือนสิงหาคมของทุกปี</u>

๔. กรณีการคือเงินงบประมาณค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี ภายหลังจากกำหนดแผนการใช้จ่ายเงินดังกล่าวแล้ว มีเงินเหลือจ่ายให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด มีหนังสือถึงสำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกรมกิจการผู้สูงอายุ แจ้งส่งคืนเงินดังกล่าว ภายใน<u>กลางเดือนสิงหาคมของทุกปี</u>

๕. การดำเนินงานให้ใช้หลักฐานการจ่ายเงินตามระเบียบของราชการ และเก็บรวบรวมหลักฐานการจ่ายเงินเพื่อพร้อมตรวจสอบการจ่ายเงิน

## คุณสมบัติ

ผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรม ต้องมีคุณสมบัติดังนี้

๑. อายุเกิน ๖๐ ปีบริบูรณ์

๒. มีสัญชาติไทย

๓. ผู้สูงอายุที่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เว้นแต่ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐแต่ยังไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียน (ให้ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือ ผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน เป็นผู้รับรอง

๔. ผู้สูงอายุที่อยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์ สถานดูแล สถานคุ้มครอง หรือสถานใดๆ ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ดำเนินการในลักษณะเดียวกัน ซึ่งจัดการศพตามประเพณีโดยมูลนิธิ สมาคมวัด มัสยิด โบสถ์

**คุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ**

๑๑.๑ สัญชาติไทย

๑๑.๒ อายุตั้งแต่ ๑๘ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

๑๑.๓ รายได้ของผู้ลงทะเบียนไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาทต่อคนต่อปี

๑๑.๔ ไม่มีทรัพย์สินทางการเงิน ได้แก่ เงินฝากธนาคาร สลากออมสิน สลาก พันธบัตรรัฐบาล และตราสารหนี้ หรือมีทรัพย์สินทางการเงินดังกล่าว จะต้องมีจำนวนรวมทั้งสิ้นไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง

๑๑.๕ ไม่เป็นเจ้าของกรรมสิทธิ์ในอสังหาริมทรัพย์ตามกฎหมายหรือถ้าเป็นเจ้าของกรรมสิทธิ์ดังกล่าวจะต้องเป็นไปตามเกณฑ์และเงื่อนไข ดังนี้

๑๑.๕.๑อยู่อาศัยที่เป็นที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง (บ้านพร้อมที่ดิน)

๑) ในกรณีอยู่อาศัยอย่างเดียว

๑.๑) บ้านหรือทาวเฮ้าส์ต้องมีพื้นที่ไม่เกิน ๒๕ ตารางวา

๑.๒) ห้องชุดต้องมีพื้นที่ไม่เกิน ๓๕ ตารางเมตร

๒) กรณีเป็นที่อยู่อาศัย และใช้ประโยชน์จากที่ดินเพื่อเพื่อการเกษตรต้องมีพื้นที่ไม่เกิน ๑๐ ไร่ หรือในกรณีที่ใช้ประโยชน์ที่ดินเพื่อการอื่นที่ไม่ใช่เพื่อการเกษตรจะต้องมีพื้นที่ไม่เกิน ๑ ไร่

๑๑.๕.๒ ที่ดินแยกจากที่อยู่อาศัย

๑) ในกรณีที่ใช้ประโยชน์ที่ดินเพื่อการเกษตรต้องมีพื้นที่ไม่เกิน ๑ ไร่

๒) ในกรณีที่ใช้ประโยชน์ที่ดินเพื่อการเกษตรต้องมีพื้นที่ไม่เกิน ๑๐ ไร่

## ขั้นตอนการดำเนินงาน

### ๑. การยื่นเรื่อง

๑.๑ ผู้ยื่นคำขอต้องเป็นบุคคลที่รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุ และต้องมีหนังสือ แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี (ศผส.๐๑) โดยต้องยื่นคำขอภายในกำหนด ๖ เดือนนับตั้งแต่วันที่ออกใบมรณบัตร

๑.๒ สถานที่ยื่นคำขอ ดังนี้

- กรุงเทพมหานคร ให้ยื่นคำขอที่สำนักงานเขต ๕๐ เขต
- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- จังหวัดอื่น ให้ยื่นคำขอที่สำนักงานเทศบาล หรือที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบล หรือศาลาว่าการเมืองพัทยา

**หมายเหตุ : สามารถยื่นคำขอได้ในท้องที่ที่ผู้สูงอายุมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านหรือภูมิลำเนาที่ถึงแก่ความตาย**

๑.๓ หลักฐานการยื่นคำขอ ประกอบด้วยเอกสารหลักฐาน ดังนี้

- ใบมรณบัตรของผู้สูงอายุ
- บัตรสวัสดิการแห่งรัฐของผู้สูงอายุ
- บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายและเลขบัตรประจำตัวประชาชน**<u>ของผู้ยื่นคำขอ</u>** กรณีมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์ ให้แนบหนังสือแสดงการจดทะเบียน หรืออนุญาตให้สร้าง จัดตั้ง หรือดำเนินงานมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์ ด้วย
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ยื่นคำขอ
- แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ Krungthai Corporate Online

- แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี (ศผส.๐๑)

ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐแต่ยังไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียน ให้ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน เป็นผู้รับรอง (ตามแบบ ศผส.๐๒)

**หมายเหตุ :** - บัตรประจำตัวประชาชน ต้องไม่หมดอายุ
- กรณีผู้ประสบปัญหาทางสังคม ไม่มีบัญชีธนาคาร ให้หน่วยงานออกหนังสือรับรองสิทธิให้กับผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุน เป็นหลักฐานว่ามีสิทธิรับเงินอุดหนุนพร้อมสำเนาบัตรประชาชน เพื่อทำการเปิดบัญชีโดยธนาคารกรุงไทยจะยกเว้นค่าธรรมเนียมในการเปิดบัญชีและอนุมัติกรณีพิเศษในการเปิดบัญชีขั้นต่ำ ๐ บาท

๑.๔ ผู้ยื่นคำขอและผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน

## ๒. การตรวจสอบและการให้ความช่วยเหลือ

๒.๑ ตรวจสอบคุณสมบัติผู้สูงอายุ

- มีอายุ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีสัญชาติไทย ผู้สูงอายุที่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ
- กรณีไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐแต่ยังไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งหรือไม่ได้ลงทะเบียน (รับรองตามแบบ ศผส.๐๒)

๒.๒ ตรวจสอบหลักฐานตามข้อ ๑.๓

๒.๓ เมื่อคุณสมบัติและหลักฐานครบถ้วนและถูกต้องให้เสนอผู้มีอำนาจเบิกจ่ายอนุมัติเงิน (ผู้อำนวยการเขตและพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด) รายละ ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน) วิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้

☺ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้มีสิทธิรับเงิน ผ่านระบบ Krungthai Corporate Online

☺ เช็ค ต้องมีใบสำคัญรับเงิน ซึ่งเจ้าหน้าที่และพยานลงนามให้ครบถ้วน

☺ กรณีจ่ายเป็นเงินสด ต้องมีใบสำคัญรับเงิน ซึ่งเจ้าหน้าที่และพยานลงนามให้ครบถ้วน โดยมีผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำชุมชน ร่วมเป็นพยานและจัดให้มีการถ่ายภาพหรือโดยให้มีผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำชุมชนร่วมเป็นพยาน

## หลักฐานการจ่ายเงิน

- กรณีโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้มีสิทธิรับเงินให้ใช้รายงานสรุปผลการโอนเงิน (Detail Report และ Summary Report/Transaction History) ที่ได้จากระบบ Krungthai Corporate Online เป็นหลักฐานการจ่ายเงิน และเก็บรักษาไว้ให้สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินตรวจสอบต่อไป โดยต้องดาวน์โหลดรายงานเก็บไว้ทุกครั้งที่มีการโอนเงิน ทั้งนี้เจ้าหน้าที่การเงิน เก็บไว้ ๑ ชุด และเจ้าหน้าที่รับผิดชอบโครงการฯ เก็บไว้ ๑ ชุด

**หมายเหตุ :** รายงานสรุปผลการโอนเงิน Detail Report และ Summary Report/Transaction History) ที่ได้จากระบบ Krungthai Corporate Online ต้องดาวน์โหลดภายใน ๓ เดือน หลังจากนั้นข้อมูลรายงานจะถูกลบจากระบบ

- กรณีจ่ายเป็นเช็ค ให้ใช้แบบใบสำคัญรับเงินค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณีซึ่งเจ้าหน้าที่และพยานต้องลงนามให้ครบถ้วน
- กรณีจ่ายเป็นเงินสดต้องมีใบสำคัญรับเงิน และมีภาพถ่ายที่มีผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำชุมชน/ร่วมเป็นพยานหลักฐาน

## การบันทึกข้อมูล และการตรวจสอบคุณสมบัติ

การบันทึกข้อมูลการช่วยเหลือและการตรวจสอบคุณสมบัติลงในระบบศูนย์ข้อมูลกลางผู้สูงอายุ ด้านสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ฐานการสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี (http//center.dop.go.th) โดยการบันทึกข้อมูลเจ้าหน้าที่ต้องบันทึกภายใน ๑ – ๒ วันนับตั้งแต่วันที่ผู้รับผิดชอบในการจัดการศพตามประเพณียื่นคำขอ หรือภายใน ๑ – ๒ วัน นับตั้งแต่วันที่อำเภอ เทศบาล หรือองค์การบริหาร รวบรวมเอกสารคำขอรับเงินสงเคราะห์ส่งมายัง พมจ. และทาง พมจ. ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

☑ บันทึกข้อมูลผู้ยื่นคำขอฯ
☑ บันทึกข้อมูลผู้สูงอายุที่เสียชีวิต
☑ บันทึกข้อมูลผู้ให้การรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุ ตามประเพณี

ทั้งนี้ หากผู้สูงอายุไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ แต่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐแต่ยังไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียน จะต้องบันทึกข้อมูลผู้ให้การรับรองว่าผู้สูงอายุที่เสียชีวิตเมื่อตรวจสอบแล้วมีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

## การรายงานผล

รายงานผลตามแบบรายงานผลการดำเนินงานโครงการสนับสนุนการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี โดยเจ้าหน้าที่สามารถ “ส่งไฟล์แบบรายงานผลการสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี” จากระบบระบบฐานข้อมูล (http//center.dop.go.th) และเพิ่มเติมช่อง “ทางการแจ้งเรื่อง” และ “วิธีการจ่ายเงิน” ในแบบรายงานดังกล่าว ทั้งนี้รายงานกลับมายังกรมกิจการผู้สูงอายุ **ทุกวันที่ ๕ ของเดือนถัดไป โดยส่งไฟล์รายงานผลดังกล่าวทางช่อง E-mail : atiporn.p@dop.mail.go.thในรูปแบบไฟล์ excel**

## การติดตามประเมินผล

กรมกิจการผู้สูงอายุ ดำเนินการติดตามรายงานผลการดำเนินงานโครงการสนับสนุนการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณีทุกเดือน

## การลงโทษ

หากพบเห็นการกระทำทุจริต ไม่ว่าด้วยพยานหลักฐาน พยานบุคคล หรืออื่นใด จะดำเนินการลงโทษตามกระบวนการทางกฎหมายโดยทันที

| | |
|---|---|
| **ความเห็นของนักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ**<br>-เห็นควร.................................................................<br>(นายวีรศักดิ์ หะติง)<br>นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ | **ความเห็นของผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม**<br>-เห็นควร.................................................................<br>(นางสาววิมลรัตน์ วงค์หนายโกฏ)<br>ผู้อำนวยการสวัสดิการสังคม |
| **ความเห็นของปลัดเทศบาลตำบลพระซอง**<br>-เห็นควร.................................................................<br>(นางสาวนฤมล เหลือบุญชู)<br>ปลัดเทศบาลตำบลพระซอง | **ความเห็นของนายกเทศบาลตำบลพระซอง**<br>-เห็นควร.................................................................<br>(นางสาวนฤมล เหลือบุญชู)<br>ปลัดเทศบาลตำบลพระซอง ปฏิบัติหน้าที่<br>นายกเทศมนตรีตำบลพระซอง |

# ภาคผนวก

# แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

## (การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ)

ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนฯพร้อมเอกสารหลักฐาน
๓ นาที/ราย

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน/
สัมภาษณ์/บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม
๒ นาที/ราย

รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการ
ตรวจสอบคุณสมบัติ

เสนอผู้บังคับบัญชา(ผู้บริหาร)/จัดทำ
ประกาศรายชื่อ

เอกสารสำหรับการ
รับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง)
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน (ฉบับจริง)
๓. ใบมอบอำนาจ(ถ้ามี)
๔. สำเนาสมุดบัญชี (ฉบับจริง)

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

# แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

## (การรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ)

**ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนฯพร้อมเอกสารหลักฐาน**
**๓ นาที/ราย**

**เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน/**
**สัมภาษณ์/บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม**
**๒ นาที/ราย**

**รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการ**
**ตรวจสอบคุณสมบัติ**

**เสนอผู้บังคับบัญชา(ผู้บริหาร)/จัดทำ**
**ประกาศรายชื่อ**

**เอกสารสำหรับการ**
**รับขึ้นทะเบียนผู้พิการ**

๑. สำเนาบัตรประจำตัวผู้พิการ (ฉบับจริง)
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน (ฉบับจริง)
๓. ใบมอบอำนาจ(ถ้ามี)
๔. สำเนาสมุดบัญชี (ฉบับจริง)

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

# แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

## (การเบิก-จ่ายเบี้ยผู้สูงอายุ)

จัดทำบัญชีรายชื่อและบันทึกข้อความ
( ๑ วัน)

เสนอผู้บังคับบัญชาอนุมัติ

จัดทำฎีกาเบิกจ่ายเงิน

ตรวจฎีกา/จัดทำเช็คเบิกเงิน
(กองคลัง)

๑ วัน

ขั้นตอนการรับเงินสดเดิม ๕ นาที/ราย
ปรับลด ๑ นาที/ราย
ผู้รับผิดชอบ งานสังคมสงเคราะห์

เอกสารสำหรับการรับเงินสด
๑. แสดงบัตรประจำตัวประชาชนผู้สูงอายุ / ผู้รับแทน (กรณีมอบอำนาจ)
๒. หนังสือมอบอำนาจ กรณีมอบอำนาจ

รับเงินผ่านธนาคาร

ส่งเอกสารธนาคาร
รับเงินได้ไม่เกิน ๒ วันทำการ
กรณีไม่ใช่ธ.กรุงไทย และธกส.

รับเงินสดในวันที่ ๑-๕ ของทุกเดือน

ยื่นบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิ์/ใบมอบอำนาจ
จนท.ตรวจสอบรายชื่อ ลงชื่อผู้รับเงิน

# แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

## (การเบิก-จ่ายเบี้ยความพิการ)

จัดทำบัญชีรายชื่อและบันทึกข้อความ
( ๑ วัน)

เสนอผู้บังคับบัญชาอนุมัติ

จัดทำฎีกาเบิกจ่ายเงิน

ตรวจฎีกา/จัดทำเช็คเบิกเงิน
(กองคลัง)

ขั้นตอนการรับเงินสดเดิม ๕ นาที/ราย
ปรับลด ๑ นาที/ราย
ผู้รับผิดชอบ งานสังคมสงเคราะห์

๑

เอกสารสำหรับการรับเงินสด

๑. แสดงบัตรประจำตัวประชาชนผู้สูงอายุ / ผู้รับแทน (กรณีมอบอำนาจ)

๒. หนังสือมอบอำนาจ กรณีมอบอำนาจ

รับเงินผ่านธนาคาร

ส่งเอกสาร ธนาคาร
รับเงินได้ไม่เกิน ๒ วันทำการ
กรณีไม่ใช่ ธ.กรุงไทย

รับเงินสดในวันที่ ๑-๕ ของทุกเดือน

ยื่นบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิ์/ใบมอบอำนาจ
จนท.ตรวจสอบรายชื่อ ลงชื่อผู้รับเงิน

ทะเบียนเลขที่................................../๒๕๖๔

**แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔**

**เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน**

ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น..........................................................กับผู้สูงอายุที่ขอลงทะเบียน ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ) ..................................................................................เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ ที่อยู่...................................................................................

...................................................................โทรศัพท์.....................................................................................

เขียนที่.....................................

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

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.......................................................นามสกุล................................................ .... เกิดวันที่..................เดือน...........................พ.ศ. ..................... อายุ...............ปี สัญชาติ.......ไทย.........มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....................หมู่ที่/ชุมชน.........................ตรอก/ซอย.......................................ถนน............................... ตำบล/แขวง.........พระซอง............อำเภอ/เขต..........นาแก.......................จังหวัด..............นครพนม............ รหัสไปรษณีย์........๔๘๑๓๐..........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. ๒๕๖๑ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

**พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้**

☐ **สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย** ☐ **สำเนาทะเบียนบ้าน**

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

<table>
<tr>
<td>

**ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน**

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย / นาง / นางสาว

.............................................................................................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

☐ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน

☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก

............................................................................................

............................................................................................

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

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

จ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

</td>
<td>

**ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**

เรียน นายกเทศมนตรี...........................................................

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน

ประธานกรรมการ (ลงชื่อ)................................................

( )

กรรมการ (ลงชื่อ).........................................................

( )

กรรมการ (ลงชื่อ).........................................................

( )

</td>
</tr>
<tr>
<td colspan="2">

**คำสั่ง**

☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่นๆ...........................................................................................

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

( )

นายกเทศมนตรีตำบล.........................................................

วัน/เดือน/ปี...........................................

</td>
</tr>
</table>

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

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

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตั้งแต่เดือน ตุลาคม ๒๕๖๔ เป็นต้นไปในอัตราแบบขั้นบันได ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาที่ไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในปีงบประมาณนั้นทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

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

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

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

รูปถ่าย
คนพิการ

# แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

หน่วยงานรับคำขอ.................................................
วันที่......... เดือน................................ พ.ศ. ............

○ ขอมีบัตรครั้งแรก
○ ขอมีบัตรเนื่องจาก ☐ บัตรเดิมหมดอายุ ☐ ชำรุด
☐ สูญหาย ☐ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ
☐ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

**ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ**

๑.๑ คำนำหน้านาม ○ เด็กชาย ○ เด็กหญิง ○ นาย ○ นาง ○ นางสาว ○ อื่น ๆ(ระบุ) ...........................
๑.๒ ชื่อ........................................................................ นามสกุล..........................................................................
๑.๓ เกิดเมื่อวันที่........... เดือน....................................... พ.ศ. .......................
๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน ..... - ..... ..... ..... ..... - ..... ..... ..... ..... ..... - ..... ..... - .....
๑.๕ ศาสนา ○ พุทธ ○ คริสต์ ○ อิสลาม ○ อื่น ๆ (ระบุ) ..........................................
๑.๖ สถานภาพสมรส ○ โสด ○ สมรสอยู่ด้วยกัน ○ หม้าย
๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....................หมู่ที่........ตรอก/ซอย.................................ถนน.......................................
หมู่บ้าน.......................................ตำบล/แขวง............................................อำเภอ/เขต.......................................
จังหวัด.................................................... รหัสไปรษณีย์.........................โทรศัพท์..................................................
มือถือ.............................................โทรสาร................................ e-mail.........................................................
๑.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่................หมู่ที่...........ตรอก/ซอย...................................ถนน...........................................
หมู่บ้าน.......................................ตำบล/แขวง..............................................อำเภอ/เขต......................................
จังหวัด.................................................... รหัสไปรษณีย์.........................โทรศัพท์..................................................
มือถือ.............................................โทรสาร................................. e-mail........................................................
๑.๙ การศึกษา
○ ไม่ได้เรียน
จบการศึกษาชั้นสูงสุด
☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย
☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)
☐ อนุปริญญา ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา............................................................................
☐ ปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา..............................................................................
☐ สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา...................................................................
☐ อื่น ๆ (ระบุ) ...........................................................................................................
๑.๑๐ อาชีพ
○ ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.............................................................................................
ประกอบอาชีพ
☐ เกษตรกรรม ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ ลูกจ้างเอกชน
☐ รับจ้างทั่วไป ☐ ธุรกิจส่วนตัว ☐ อาชีพอื่น ๆ (ระบุ)..........................................
๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ.......................................บาท/เดือน
๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว)...................................บาท
๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี) ...................................คน

๑.๑๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

☐ ทางการเห็น ☐ ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
☐ ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ ทางสติปัญญา ☐ ทางการเรียนรู้ ☐ ทางออทิสติก

**ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ**

๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ○ ไม่มี ○ มี (กรอกข้อมูลข้อ ๓.๒)

๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

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

(๒) ชื่อ............................................................................ นามสกุล.........................................................................

(๓) เลขประจำตัวประชาชน ..... - ..... ..... ..... ..... - ..... ..... ..... ..... ..... - ..... ..... - .....

เลขหนังสือเดินทาง ........................................................................................ (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)

(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ○ บิดามารดา ○ บุตร ○ สามีหรือภรรยา ○ พี่น้อง
○ ปู่ย่าตายาย ○ ลุงป้าน้าอา ○ บุคคลอื่น (ระบุ)..................................

(๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่...............หมู่ที่............ตรอก/ซอย..................................ถนน.............................................

หมู่บ้าน................................ตำบล/แขวง.........................................อำเภอ/เขต...........................................

จังหวัด.........................................รหัสไปรษณีย์.............................โทรศัพท์...............................................

มือถือ........................................โทรสาร.............................e-mail.......................................................

(๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล.........................................บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ○ ยินยอม ○ ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ.............................................................. ลงชื่อ..............................................................
(..............................................................) (..............................................................)
คนพิการ ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน

เลขประจำตัวประชาชน .... - .... .... .... .... - .... .... .... .... .... - .... .... - ....

**ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ**

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน ○ เห็นควร ○ ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ..............................................................
(..............................................................)
ตำแหน่ง..........................................................
เจ้าหน้าที่รับคำขอ

**ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร**

○ **อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ**

○ **ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์**

○ **ความเห็นอื่น ๆ** ........................................................................................................................................

ลงชื่อ..............................................................
(..............................................................)
ตำแหน่ง..........................................................
เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

# ตัวอย่างใบรับรองความเป็นพิการ

**เอกสารรับรองความพิการ โดยพิจารณาจากความบกพร่องตามคู่มือวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์**

*ผู้ประเมินกรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน* ชื่อสถานพยาบาล โรงพยาบาลนาแก วัน 19 เดือน มกราคม ปี 2564

ข้าพเจ้า (นพ.)/พญ. ไอศวรรย์ วิกสิต ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ ว. 34794 เป็นแพทย์เฉพาะทาง - โทรศัพท์ 042-571235

ได้ประเมิน ด.ช./ด.ญ./(นาย)/นาง/น.ส. ศักดิ์สยาม อรรคชาติ เลขประจำตัวประชาชนผู้รับการประเมิน 3-4807-00049-64-0

| ประเภทความบกพร่อง (ประเมินโดยแพทย์เฉพาะทาง) | หัวข้อพิจารณา (พิการตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป) | ผลการประเมิน | | ระบุรายละเอียดลักษณะความบกพร่อง/พิการ | การเกิดความบกพร่อง/พิการ (ต้องพิการมาแล้วไม่น้อยกว่า 3-6 เดือน) | สาเหตุความบกพร่อง/พิการ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ไม่บกพร่อง | บกพร่อง | | | |
| 1. ทางการเห็น (ประเมินจากข้างที่ดีกว่า) *บกพร่องข้างเดียวไม่พิการ | - การเห็นของสายตา *น้อยกว่า6/18 หรือ 20/70 ลงไป | ✓ | | ( ) ตาบอด............ข้าง ระบุ........ | ( ) ตั้งแต่เกิด<br>( ) ภายหลัง จำนวน.......ปี...........เดือน<br>☐ สิ้นสุดการรักษา ☐ ไม่สิ้นสุดการรักษา | ( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ<br>( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..........<br>( ) ไม่ทราบสาเหตุ |
| | - ลานสายตา *แคบกว่า 30 องศา | ✓ | | ( ) ตาเลือนราง.........ข้าง ระบุ........ | | |
| 2. ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย (ประเมินจากข้างที่ดีกว่า) *บกพร่องข้างเดียวไม่พิการ | - การได้ยินเสียง *ตั้งแต่ 41 dB ขึ้นไป จนไม่ได้ยิน | ✓ | | ( ) หูหนวก.........ข้าง........<br>( ) หูตึง............ข้าง..................dB | ( ) ตั้งแต่เกิด<br>( ) ภายหลัง จำนวน.......ปี...........เดือน<br>☐ สิ้นสุดการรักษา ☐ ไม่สิ้นสุดการรักษา | ( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ<br>( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..........<br>( ) ไม่ทราบสาเหตุ |
| | - การเข้าใจภาษาพูด | ✓ | | ( ) สื่อความหมาย | | |
| | - การใช้ภาษาพูด | ✓ | | | | |
| 3. ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย | - การเคลื่อนไหว มือ แขน ขา หรือเท้า | ✓ | | ( ) การเคลื่อนไหว<br>( ) ขาด ระบุ........<br>( ) อ่อนแรง ระบุ........<br>( ) อื่นๆ ระบุ........<br>( ) ร่างกาย ระบุ........ | ( ) ตั้งแต่เกิด<br>( ) ภายหลัง จำนวน.......ปี...........เดือน<br>☐ สิ้นสุดการรักษา ☐ ไม่สิ้นสุดการรักษา | ( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ<br>( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..........<br>( ) ไม่ทราบสาเหตุ |
| | ลักษณะทั่วไปของร่างกาย *กรณี อวัยวะขาด ต้องไม่สามารถหยิบจับสิ่งของใช้ในชีวิตประจำวันได้ | ✓ | | | | |
| 4. ทางจิตใจหรือพฤติกรรม | - สภาวะทางจิต หรือพฤติกรรม *ICD 10 | ✓ | | ระบุ........ | ( ) ตั้งแต่เกิด<br>( ) ภายหลัง จำนวน.......ปี...........เดือน<br>☐ สิ้นสุดการรักษา ☐ ไม่สิ้นสุดการรักษา | ( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ<br>( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..........<br>( ) ไม่ทราบสาเหตุ |
| 5. ทางสติปัญญา | - ความสามารถทางสติปัญญา * IQ <70 | | ✓ | ( ) พัฒนาการ ระบุ........<br>(✓) สติปัญญา ระบุ มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา | (✓) ตั้งแต่เกิด<br>( ) ภายหลัง จำนวน.......ปี...........เดือน<br>☐ สิ้นสุดการรักษา ☐ ไม่สิ้นสุดการรักษา | ( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ<br>( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..........<br>(✓) ไม่ทราบสาเหตุ |
| 6. ทางการเรียนรู้ | - ความสามารถทางการเรียนรู้ *Specific Learning Disorder (SLD) | ✓ | | ระบุ........ | ( ) ตั้งแต่เกิด<br>( ) ภายหลัง จำนวน.......ปี...........เดือน<br>☐ สิ้นสุดการรักษา ☐ ไม่สิ้นสุดการรักษา | ( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ<br>( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..........<br>( ) ไม่ทราบสาเหตุ |
| 7. ออทิสติก | - กลุ่มออทิสติก *Autism spectrum disorder *Pervasive developmental disorders | ✓ | | ระบุ........ | ( ) ตั้งแต่เกิด<br>( ) ภายหลัง จำนวน.......ปี...........เดือน<br>☐ สิ้นสุดการรักษา ☐ ไม่สิ้นสุดการรักษา | ( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ<br>( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่นๆ ระบุ..........<br>( ) ไม่ทราบสาเหตุ |

*ประเภทความพิการในเอกสารรับรองฉบับนี้ต้องเป็นไปตาม มาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2556 เท่านั้น นายทะเบียนจึงจะพิจารณาออกบัตรประจำตัวคนพิการ

สรุปผลการวินิจฉัย โดยพิจารณาจากความบกพร่องตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ปรากฏว่าผู้ได้รับการประเมิน

☐ ไม่มีความพิการ / ไม่เข้าเกณฑ์ความพิการ

☑ มีความพิการตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องประเภทหลักเกณฑ์ความพิการ

ความเห็น
(✓) ส่งต่อเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการพิจารณาตามกฎหมาย
( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ระบุ........
( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ระบุ........
( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ระบุ........
( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ระบุ........
( ) อื่น ๆ ระบุ........

ลงชื่อ........ แพทย์ผู้ วินิจฉัย และตรวจประเมินความพิการ
(นายไอศวรรย์ วิกสิต) ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ประทับตราสถานพยาบาล

[ตราประทับ: โรงพยาบาลนาแก กระทรวงสาธารณสุข]

ต่อใบรับรองแพทย์ วัด
0821126195
(บนทอง - ญาติ)

# แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

**เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน :** ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา - มารดา ☐ บุตร ☐ สามี- 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....................... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่..............หมู่ที่....................ตรอก/ซอย.....................ถนน.....................ตำบล พระซอง อำเภอ นาแก .....

จังหวัด ..... นครพนม รหัสไปรษณีย์ 48130 โทรศัพท์.....................................................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้พิการที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

**ประเภทความพิการ** ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา
☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้ ☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
☐ ความพิการทางออทิสติก ☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ พิการซ้ำซ้อน ☐ ไม่ระบุความพิการ

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

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

**ข้อมูลทั่วไป :** สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ยังไม่เคยได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ........................... ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ อื่นๆ (ระบุ).......
☐ ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเอง ☐ มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ ☐ ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้
☐ มีอาชีพ (ระบุ)................................................... รายได้ต่อเดือน(ระบุ)..............................บาท

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยวิธีดังต่อไปนี้ **(เลือก ๑ วิธี)**

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มิสิทธิ
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

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

<table>
<tr>
<td>

**ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน**

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย / นาง / นางสาว

..........................................................................................................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

☐ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน

☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก

.........................................................................................................

.........................................................................................................

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

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

จ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

</td>
<td>

**ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**

เรียน นายกเทศมนตรีตำบล..................................................

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน

ประธานกรรมการ (ลงชื่อ)..................................................

( )

กรรมการ (ลงชื่อ)..........................................................

( )

กรรมการ (ลงชื่อ)..........................................................

( )

</td>
</tr>
<tr>
<td colspan="2">

คำสั่ง

☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่น ๆ ..................................................................................

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

( )

นายกเทศมนตรีตำบล..........................................................

วัน/เดือน/ปี...........................................

</td>
</tr>
</table>

**ตัดตามเส้นประให้คนพิการที่ขึ้นทะเบียนเก็บไว้**

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ตั้งแต่เดือน ถึง............................ ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน **<u>กรณีคนพิการย้ายที่อยู่ไปอยู่ที่อื่น ในระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ จะต้องไปยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แห่งใหม่ ภายในเดือนนั้นๆ เพื่อรักษาสิทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนนั้นๆ</u>**

แบบ ดร.๐๑

**แบบคำร้องขอลงทะเบียน**
**เพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ปีงบประมาณ ...........**

**หน่วยงานรับลงทะเบียน..........................................**
**วันที่..........เดือน........................พ.ศ..................**

**๑. ข้อมูลผู้ลงทะเบียน** ❍ เป็นผู้ลงทะเบียนตามโครงการเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ❍ เป็นผู้ประกันตนประกันสังคม

๑.๑ ❍ บิดา ❍ มารดา ❍ ผู้ปกครอง ความสัมพันธ์กับเด็กแรกเกิด ระบุ.............................................

๑.๒ ❍ นาย ❍นาง ❍นางสาว..........................................................................................................

๑.๓ เลขประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

๑.๔ เกิดเมื่อวันที่..........เดือน..................................พ.ศ.....................อายุ....................ปี

๑.๕ สัญชาติ.........................

๑.๖ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่...........หมู่ที่.......อาคาร/ตึก................ชั้น.......เลขที่ห้อง...........หมู่บ้าน..............

ตรอก/ซอย...........................ถนน.............................ตำบล/แขวง.................................

อำเภอ/เขต.................................จังหวัด....................... รหัสไปรษณีย์ ☐☐☐☐

โทรศัพท์บ้าน ☐- ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ โทรศัพท์มือถือ ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

๑.๗ ที่อยู่ปัจจุบัน ❑ ใช้ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่...........หมู่ที่.......อาคาร/ตึก................ชั้น.......เลขที่ห้อง...........หมู่บ้าน..............

ตรอก/ซอย...........................ถนน.............................ตำบล/แขวง.................................

อำเภอ/เขต.................................จังหวัด.............................รหัสไปรษณีย์☐☐☐☐☐

โทรศัพท์บ้าน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ โทรศัพท์มือถือ ☐☐ -☐☐☐☐ ☐☐☐☐

๑.๘ อาชีพ ❍ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ❍ ประกอบอาชีพ ระบุ..........................................................

๑.๙ การศึกษา ❍ ไม่ได้รับการศึกษา ❍ กำลังศึกษา...................... ❍ จบการศึกษา (สูงสุด)............................

**๒. ข้อมูลเด็ก (ตามสูติบัตร)**

๒.๑.๑ชื่อ - นามสกุล ❍เด็กชาย ❍เด็กหญิง ..........................................................

๒.๑.๒ เลขประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

๒.๑.๓ เกิดเมื่อวันที่.............เดือน......................................พ.ศ............................

๒.๒.๑ ชื่อ - นามสกุล❍ เด็กชาย ❍เด็กหญิง.............................................................................

๒.๒.๒ เลขประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

๒.๒.๓ เกิดเมื่อวันที่......................เดือน.....................................................พ.ศ..................................

<u>ข้อมูลมารดา</u> ❍ เป็นผู้ลงทะเบียนตามโครงการเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ❍ เป็นผู้ประกันตนประกันสังคม

๒.๔ ❍เด็กหญิง ❍นาง ❍นางสาว..........................................................................................

๒.๕ เลขประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

๒.๖ อายุ...............ปี ๒.๗ สัญชาติ..................

๒.๗ อาชีพ ❍ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ❍ ประกอบอาชีพ ระบุ..................................................

๒.๘ การศึกษา ❍ ไม่ได้รับการศึกษา ❍ กำลังศึกษา.................. ❍ จบการศึกษา (สูงสุด)...........

<u>ข้อมูลบิดา</u> ❍ เป็นผู้ลงทะเบียนตามโครงการเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ❍ เป็นผู้ประกันตนประกันสังคม

❑ ไม่ปรากฏบิดา

๒.๙ ❍เด็กชาย ❍ นาย..........................................................................................

๒.๑๐ เลขประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

๒.๑๑ อายุ...............ปี ๒.๑๓ สัญชาติ..................

๒.๑๒ อาชีพ ❍ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ❍ ประกอบอาชีพ ระบุ..................................................

๒.๑๓ การศึกษา ❍ ไม่ได้รับการศึกษา ❍ กำลังศึกษา.................. ❍ จบการศึกษา (สูงสุด)...........

**๓. ช่องทางการรับเงินอุดหนุน (เลือกเพียง ๑ ธนาคาร)**

❍ ธนาคารกรุงไทย ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ ❍ ธนาคาร ธ.ก.ส. ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ ❍ ธนาคารออมสิน ประเภทบัญชีเงินฝากเผื่อเรียก ชื่อบัญชี..............................................................เลขที่บัญชี..................................................

**๔. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)**

❑ ๔.๑ แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.๐๑)

❑ ๔.๒ แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒)

❑ ๔.๓ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง

❑ ๔.๔ สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด

❑ ๔.๕ สำเนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (เฉพาะหน้าที่ปรากฏชื่อหญิงตั้งครรภ์)

ในกรณีที่สมุดสูญหายให้ใช้สำเนาหน้า ๑ ประวัติหญิงตั้งครรภ์พร้อมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูล และรับรองสำเนา

❑ ๔.๖ สำเนาหน้าแรกของสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (ธนาคารกรุงไทย หรือธนาคารออมสิน หรือธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร)

❑ ๔.๗ หนังสือรับรองรายได้หรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่มีรายได้ประจำเป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท) จำนวน....................ใบ

❑ ๔.๘ สำเนาเอกสาร หรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรองคนที่ ๑ และผู้รับรองคนที่ ๒

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ได้ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ยินยอมให้นำข้อมูลในบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อตรวจสอบสถานะบุคคลในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร ข้อมูลทางการเงินและทรัพย์สิน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินในส่วนที่รับไปโดยไม่มีสิทธิ หรือยินยอมให้หักจากสวัสดิการอื่นหรือหักจากบัญชีเงินฝากธนาคารของข้าพเจ้าได้ ในการนี้ข้าพเจ้ายินดีรับข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็กผ่านช่องทางต่าง ๆ

ลงชื่อ)........................................................ลงทะเบียน

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

วันลงทะเบียน ............................................................

(ลงชื่อ)..........................................................ผู้รับลงทะเบียน

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

ตำแหน่ง ..................................................................

วันลงทะเบียน ............................................................

**หมายเหตุ : สำหรับเก็บไว้เป็นหลักฐานเพื่อยืนยันการลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด**

**๑. หน่วยงานรับลงทะเบียน**..........................................................วันที่............เดือน........................................ พ.ศ. .....................

**๑.๑ ชื่อ-นามสกุล ผู้ลงทะเบียน**.............................................................................................................................................

**๑.๒ เลขประจำตัวประชาชน** ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

**๑.๓ ชื่อ - นามสกุล เด็กแรกเกิด** ❍เด็กชาย ❍เด็กหญิง...........................................................................................

**๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน** ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

**๒. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)**

❑ แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.๐๑)

❑ แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒)

❑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง

❑ สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด

❑ สำเนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (เฉพาะหน้าที่ปรากฏชื่อหญิงตั้งครรภ์)ในกรณีที่สมุดสูญหายให้ใช้สำเนาหน้า ๑ ประวัติหญิงตั้งครรภ์พร้อมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูล และรับรองสำเนา

❑ สำเนาหน้าแรกของสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (ธนาคารกรุงไทย ธนาคารออมสิน ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร)

❑ หนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐพนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท หรือผู้มีรายได้ประจำ) จำนวน..................ใบ

❑ สำเนาเอกสาร หรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรองคนที่ ๑ และผู้รับรองคนที่ ๒

แบบ ดร.๐๒

**แบบรับรองสถานะของครัวเรือน**
**ตารางแสดงจำนวนสมาชิกและรายได้ของครัวเรือน**

**ส่วนที่ ๑ : ผู้ลงทะเบียน**
**ข้อมูลสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่จริงของผู้ลงทะเบียน**
**(กรณีต่างด้าวที่มีบัตรประจำตัวซึ่งไม่มีสัญชาติไทย) สามารถกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มได้**

| ลำดับที่ | เลขประจำตัวประชาชน | ชื่อ นามสกุล | อายุ | ความสัมพันธ์กับเด็ก | อาชีพ | รายได้/เดือน | บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | มี | ไม่มี |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

จำนวนสมาชิกของครัวเรือนทั้งหมด..................คน (นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย)

รายได้รวมของครัวเรือน..................................บาท/ปี รายได้เฉลี่ยสมาชิกของครัวเรือน...............................บาท/คน/ปี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายชื่อที่ปรากฏข้างต้น เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่ติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า ๑๘๐ วัน ในรอบ ๑ ปีที่ผ่านมา และสถานะของครัวเรือนของข้าพเจ้าเมื่อคำนวณแล้วมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ต่อคน ต่อปี ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูล ส่วนบุคคลแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง และยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถาม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ในบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้า หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตรงความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ระงับสวัสดิการและ ประโยชน์อื่น ๆ รวมทั้งคืนเงินที่ได้รับ

ลงชื่อ...................................................................ผู้ลงทะเบียน

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

วันที่ลงทะเบียน.......................................................

หมายเหตุ : ๑) รายได้เฉลี่ยคำนวณจากรายได้รวมของครัวเรือน หารด้วยจำนวนสมาชิกทั้งหมดของที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้น โดยนับรวมรายได้ในรอบปีของสมาชิกทุกคนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้นติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า ๑๘๐ วันในรอบ ๑ ปี ที่ผ่านมา โดยให้นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย ซึ่งสมาชิกของครัวเรือนมีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติโดยสายโลหิต หรือ อยู่กินด้วยกันฉันสามีภริยา หรือด้วยเหตุอื่นตามกฎหมาย แต่ไม่นับรวมผู้ซึ่งเป็นลูกจ้างหรือผู้ซึ่งได้อนุญาตให้อยู่อาศัยด้วย

๒) กรณีสมาชิกในครัวเรือนเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานบริษัท ผู้มีรายได้ประจำ ให้แนบหนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือนของผู้มีรายได้ประจำ ด้วยทุกคน

๓) กรณีสมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐทุกคน ไม่ต้องมีผู้รับรองสถานะของครัวเรือน

## ส่วนที่ ๒ : ผู้รับรอง

**ข้อมูลผู้รับรองคนที่ ๑ (กรุณาเขียนตัวบรรจง)**

ข้าพเจ้า ❍นาย ❍นาง ❍นางสาว ............................................................... นามสกุล............. ..... ..... ...................... ...........

ตำแหน่ง .............................................................................. สังกัดหน่วยงาน ..............................................................................

โทรศัพท์.................................................................. ..............

❍ รับรอง ผู้ลงทะเบียนอาศัยอยู่ในพื้นที่ของข้าพเจ้า เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น

❍ ไม่รับรอง เนื่องจาก.........................................................................................................................................

.................................................................................. ........................... .................................................................................

(ลงชื่อ)..........................................................................ผู้รับรองคนที่ ๑

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

ตำแหน่ง...................................................................

วันที่...................................................................

**หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ ๑ :** อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมืองพัทยา อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร คณะกรรมการชุมชนของกรุงเทพมหานคร **ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนั้น** กรณีกรุงเทพมหานคร หากไม่มีผู้รับรองคนที่ ๑ ให้ข้าราชการที่ดำรงตำแหน่งในระดับปฏิบัติการขึ้นไปหรือเทียบเท่าที่ปฏิบัติหน้าที่ในกรุงเทพมหานครเป็นผู้รับรองได้

**ข้อมูลผู้รับรองคนที่ ๒** (กรุณาเขียนตัวบรรจง)

ข้าพเจ้า ❍นาย ❍นาง ❍นางสาว ............................................................... นามสกุล................................................ ..............ตำแหน่ง ............................................................................ สังกัดหน่วยงาน ................................................................ โทรศัพท์ ....................................................................

❍ รับรอง ผู้ลงทะเบียนอาศัยอยู่ในพื้นที่ของข้าพเจ้า เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น

❍ ไม่รับรอง เนื่องจาก........................................................................................................ ..........................................

.................................................................................. ........................... .................................................................................

(ลงชื่อ)..........................................................................ผู้รับรองคนที่ ๒

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

ตำแหน่ง...................................................................

วันที่...................................................................

**หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ ๒ :** ประธานอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำตำบล ประธานชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการสถานบริการสาธารณสุขในระดับตำบล ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่นที่ดำรงตำแหน่งในระดับปฏิบัติการขึ้นไป หรือเทียบเท่า **ที่ปฏิบัติหน้าที่ในท้องที่หรือท้องถิ่นแห่งนั้น (ต้องมิใช่ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน)**

## ส่วนที่ ๓ : การปิดประกาศ (สำหรับหน่วยงานรับลงทะเบียน)

เด็กหญิง/เด็กชาย/นาย/นางสาว.................................................................................. ...................................................

เป็นผู้ปกครองที่**<u>มีสิทธิ</u>**รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ที่ได้ปิดประกาศ ๑๕ วันแล้ว

ตามประกาศ (ชื่อ อปท.)......................................................................... ลงวันที่..................... ...................ลำดับที่..............

(ลงชื่อ) ....................................................................................... เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน

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

วันที่ .............................................................................

แบบ ศผส.01

**แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี**

เขียนที่ ..................................................................

วัน ........... เดือน ...................... พ.ศ. ...........

**ส่วนที่ 1 : สำหรับผู้ยื่นขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี**

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ..........................................................................................................อายุ...........................ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....................................................ออกให้โดย....................................วันออกบัตร............................. วันหมดอายุ ....................................อาชีพ...........................อยู่บ้านเลขที่..............หมู่ที่..........ตรอก/ซอย................................ ถนน ..................................ตำบล/แขวง.............................อำเภอ/เขต ..................................จังหวัด .................................. รหัสไปรษณีย์ ..............................โทรศัพท์ .........................................โทรศัพท์มือถือ.........................................................

**มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ตายในฐานะเป็น**.......................................................**และเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุโดยได้รับความยินยอมจากบิดา/มารดา/บุตร/พี่น้อง/เครือญาติ/ของผู้สูงอายุที่ตายให้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพ ของผู้สูงอายุที่ตาย** ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) ..........................................................................................อายุ .....................ปีเลขบัตรประจำตัวประชาชน...........................................................ออกให้โดย.........................................วันออกบัตร..................วันหมดอายุ ...............................อาศัยอยู่บ้านเลขที่...................หมู่ที่.........ตรอก/ซอย...............................ถนน .............................ตำบล/แขวง ................................ อำเภอ/เขต ............................จังหวัด.....................................รหัสไปรษณีย์......................... โทรศัพท์ .............................................. โทรศัพท์มือถือ .................................................... ถึงแก่กรรมด้วยสาเหตุ ..............................................................................เมื่อวันที่...........เดือน........................ พ.ศ. .............ตามใบมรณบัตรเลขที่ ......................................ออกให้โดย..............................เมื่อวันที่.......... เดือน ...................... พ.ศ. ............ **ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ได้ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าไม่เคยได้รับเงินสงเคราะห์ใน การจัดการ ศพผู้สูงอายุรายนี้มาก่อน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย**

(ลงชื่อ) ..............................................ผู้ยื่นคำขอ

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

วันที่ ......... / ........... / ...........

---

<u>ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้ให้การรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี</u>

เขียนที่...........................................................................

วัน ........... เดือน ..................พ.ศ. ............ข้าพเจ้า

(นาย/นาง/นางสาว) ..............................................................................ตำแหน่ง..................................................... สังกัดหน่วยงาน...................................................................................เลขบัตรประจำตัวประชาชน...................................... ออกให้โดย...............................................วันออกบัตร.................................วันหมดอายุ................................................. อยู่บ้านเลขที่...............หมู่ที่........ตรอก/ซอย..............................ถนน............................ตำบล/แขวง.................................... อำเภอ/เขต...................................จังหวัด.............................................รหัสไปรษณีย์......................โทรศัพท์.................... ขอรับรองว่าผู้ยื่นคำขอดังกล่าวเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุรายนี้จริง

(ลงชื่อ) ......................................................ผู้รับรอง

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

ตำแหน่ง ......................................................

วันที่ .................. / ........... / ...........

แบบ ศผส.01

(ด้านหลัง แบบ ศผส. 01)

## คำชี้แจง

1. ผู้ยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรม ซึ่งได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้องของผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรม ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่มีญาติ บุคคลที่รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุเป็นผู้ยื่นคำขอรับเงิน ค่าจัดการศพ เช่น ผู้ให้การดูแล ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น

2. ผู้ให้คำรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี หมายถึง นายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือประธานชุมชน หรือผู้อำนวยการสำนักงานเขต หรือนายอำเภอ หรือนายกเมืองพัทยา

3. คุณสมบัติผู้สูงอายุ

(1) มีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป

(2) มีสัญชาติไทย

(3) ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวที่ยากจนตามข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย หรือ กรุงเทพมหานคร หรือเมืองพัทยา

(4) ไม่มีญาติ หรือมีญาติแต่มีฐานะยากจนไม่สามารถจัดการศพตามประเพณีได้ผู้สูงอายุยากจนและไม่ได้รับการสำรวจข้อมูล ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย หรือกรุงเทพมหานคร หรือเมืองพัทยา

4. หลักฐานการยื่นคำขอ

(1) ใบมรณบัตรของผู้สูงอายุพร้อมสำเนาจำนวนหนึ่งฉบับ

(2) บัตรประจำ ตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายและเลขประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอพร้อมสำเนา จำนวนหนึ่งฉบับ

(3) หนังสือรับรองว่าผู้ยื่นคำขอเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพตามประเพณี

5. การยื่นคำขอ (ภายใน 30 วัน นับตั้งแต่วันออกใบมรณบัตร) ยื่นคำขอในท้องที่ที่ผู้สูงอายุมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านหรือภูมิลำเนาที่ถึงแก่ความตาย ในขณะถึงแก่ความตาย ดังต่อไปนี้

(1) ในกรุงเทพมหานคร ให้ยื่นคำขอที่สำนักงานเขต สังกัดกรุงเทพมหานคร

(2) ในจังหวัดอื่น ให้ยื่นคำขอต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หรือที่ว่าการอำเภอ หรือเมืองพัทยา หรือเทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบล

6. ผู้ยื่นคำขอและผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน

แบบ ศผส.01

**แบบรับรองการจัดการศพผู้สูงอายุ กรณีไม่ได้รับการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ในปีที่ตาย และผู้สูงอายุอยู่ในครัวเรือนยากจนตามเกณฑ์ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.)**

เขียนที่ ..........................................................

วัน ........... เดือน .................... พ.ศ. .............

**ข้าพเจ้า**(นาย/นาง/นางสาว) ........................................................................ตำแหน่ง ..................................... สังกัดหน่วยงาน ........................................................................................................................................ อายุ .................... ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน....................................................ออกให้โดย...................................... วันออกบัตร................................วันหมดอายุ..............................อยู่บ้านเลขที่..............หมู่ที่..........หมู่บ้าน.................. ตรอก/ซอย.............................ถนน.........................ตำบล/แขวง..................................อำเภอ/เขต.................................. จังหวัด..........................................รหัสไปรษณีย์..............................โทรศัพท์................................................................. โทรศัพท์มือถือ ..........................................................................

**ข้าพเจ้าขอรับรองว่า** ผู้สูงอายุที่ตายอยู่ในครัวเรือนยากจนและไม่ได้รับการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย หรือกรุงเทพมหานคร หรือเมืองพัทยา โดยได้ตรวจสอบรายชื่อผู้สูงอายุแล้วไม่ปรากฏรายชื่อ อยู่ในการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) และผู้สูงอายุที่ตายอยู่ในครัวเรือนยากจน โดยมีรายได้ในครัวเรือนเฉลี่ยต่อปี ตกเกณฑ์รายได้ข้อมูลความเป็นเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ในปีที่ตายจริง

(ลงชื่อ) .......................................................ผู้รับรอง

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

ตำแหน่ง.......................................................

วันที่ .................. /.................. /..................

หมายเหตุ : ผู้ให้การรับรองผู้สูงอายุที่ตายเป็นผู้ที่อยู่ในครัวเรือนยากจนตามเกณฑ์ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) และไม่ได้รับ การสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ในปีที่ตาย รับรองโดย นายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือประธานชุมชน หรือผู้อำนวยการสำนักงานเขต หรือนายอำเภอ หรือนายกเมืองพัทยา โดยผู้ยื่นคำขอและผู้รับรอง ต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน

แบบ ศผส.03

# (ตัวอย่าง)

**แบบใบสำคัญรับเงินค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี**

..............(ชื่อส่วนราชการ/หน่วยจ่ายเงิน)

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

ข้าพเจ้า ..........................................................................................................................................

อยู่บ้านเลขที่ .................................................................ตรอก/ซอย...............................................ถนน.........................

ตำบล/แขวง.............................................อำเภอ/เขต...............................................จังหวัด.........................................

ได้รับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณีของ ชื่อผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรม เป็นเงิน ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงนาม) .................................................ผู้รับเงิน

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

(ลงนาม) .................................................ผู้จ่ายเงิน

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

(ลงนาม) .................................................พยาน

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

(ลงนาม) .................................................พยาน

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

# 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

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

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

ลงชื่อ........................................................ผู้รับมอบอำนาจ
(........................................................)

ลงชื่อ........................................................พยาน
(........................................................)

ลงชื่อ........................................................พยาน
(........................................................)

# ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือมอบอำนาจ

**หนังสือมอบอำนาจยื่นรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/ผู้พิการ**

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 รับเงินเบี้ยยังชีพ**ผู้สูงอายุ** แทนข้าพเจ้า โดยข้าพเจ้ามอบอำนาจให้รับเงินเบี้ยยังชีพรายเดือนทุกเดือนตลอดปีงบประมาณ................หรือจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

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

ลงชื่อ........................................................ผู้รับมอบอำนาจ
(.........................................................)

ลงชื่อ........................................................พยาน
(.........................................................)

ลงชื่อ........................................................พยาน
(.........................................................)

# ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือแสดงความประสงค์ รับเงินเบี้ยยังชีพ

**หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์**

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

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลพระซอง

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.......................................................................................................... เป็นผู้มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้สูงอายุ ลำดับที่........................นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

( ) เป็นเงินสด

( ) โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร...........................................สาขา.................................... เลขที่บัญชี.....................................................................................

( ) แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ...........................................................

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

# สารพันคำถาม

**ถาม** : ผู้สูงอายุที่อยู่ในคุกสามารถขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุได้หรือไม่ ?

**ตอบ**

**<u>ขึ้นทะเบียนได้</u>**

บุคคลที่เป็นโรคเรื้อนและได้รับเงินจากกรมควบคุมโรค สามารถขึ้น ทะเบียนผู้สูงอายุได้หรือไม่ ?

**ตอบ**

ขึ้นทะเบียนได้

**ถาม** : ถ้าผู้สูงอายุรับเงินเบี้ยคนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ อยู่แล้ว จะสามารถขึ้น ทะเบียนผู้สูงอายุและรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้หรือไม่

**ตอบ**

ขึ้นทะเบียนได้และสามารถรับเงินได้.....จ้า

**ถาม** : ขึ้นทะเบียนได้และสามารถรับเงินได้.....จ้า

พระภิกษุสงฆ์สามารถขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ ได้หรือไม่

**ตอบ**

ขึ้นทะเบียนได้........จ้า ยกเว้นพระภิกษุสงฆ์ที่ได้รับเงินเดือน (เงินนิตยภัต) เช่น เจ้าอาวาส เจ้าคณะตำบล เป็นต้น ...จ้า

**ถาม :** ข้าราชการที่รับเงินบำเหน็จ สามารถขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุได้หรือไม่

**ตอบ**

ขึ้นทะเบียนได้ค่ะ

**ถาม :** ผู้ที่ดำรงตำแหน่งทางการเมือง นายก เทศมนตรี., รอง นายกเทศมนตรี., สมาชิกสภา , กำนัน , ผู้ใหญ่บ้าน สามารถขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุได้หรือไม่

**ตอบ**

**<u>ขึ้นทะเบียนไม่ได้ค่ะ</u>** เนื่องจากมีเงินเดือนประจำ แต่เมื่อพ้นจากตำแหน่งแล้ว สามารถมาขึ้นทะเบียนได้ค่ะ

**ถาม :** ถ้าผู้สูงอายุอาศัยอยู่ที่ต่างประเทศ แต่ยังมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในประเทศไทย สามารถขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุได้หรือไม่

**ตอบ**

สามารถขึ้นทะเบียนได้

**ถาม :** ผู้สูงอายุที่รับเบี้ยยังชีพอยู่แล้ว สามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการรับเงินได้หรือไม่

**ตอบ**

ได้ค่ะ โดยมายื่นความประสงค์ได้ที่ เทศบาลตำบลพระซอง

********************

**มีข้อสงสัย นอกเหนือจากคู่มือฯ ติดต่อสอบถามได้ที่ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลพระซอง**

**โทร.๐๔๒๕๘๓๑๓๐**

กองสวัสดิการสังคม

เทศบาลตำบลพระซอง อำเภอนาแก

จังหวัดนครพนม