



# คู่มือการปฏิบัติงาน สวัสดิการสังคมและชุมชน

- ☐ งานเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- ☐ งานเบี้ยยังชีพความพิการ
- ☐ งานสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
- ☐ การยื่นขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
- ☐ การยื่นขอรับเงินค่าจัดการศพตามประเพณี
- ☐ งานเงินทุนโครงการเศรษฐกิจชุมชน

สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลร่วมจิต  
อำเภอท่าปลา จังหวัดอุดรธานี  
โทรศัพท์ 0-5504-9709

## คำนำ

คู่มือการปฏิบัติงานสวัสดิการสังคมและชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบลร่วมจิตเล่มนี้จัดทำโดยงานสวัสดิการสังคมและชุมชน สำนักปลัด ซึ่งได้แสดงรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงานต่างๆ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานสวัสดิการสังคมและชุมชนได้นำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานและผู้ที่เกี่ยวข้อง มีแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ตลอดจนเกิดประโยชน์ต่อประชาชนผู้เข้ารับบริการ องค์การบริหารส่วนตำบลร่วมจิต หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือการปฏิบัติงานเล่มนี้ จะสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

งานสวัสดิการสังคมและชุมชน  
สำนักปลัด  
องค์การบริหารส่วนตำบลร่วมจิต

## สารบัญ

### หน้า

|                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| ขั้นตอนการยืนยันสิทธิเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ                           | 1  |
| แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับยืนยันสิทธิผู้สูงอายุ)       | 2  |
| ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ                            | 5  |
| ขั้นตอนการยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ                                          | 6  |
| แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนคนพิการ)          | 7  |
| การเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ                                                     | 8  |
| การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์                            | 9  |
| แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์)     | 10 |
| การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ                                                  | 10 |
| ขั้นตอนการลงทะเบียนรับเงินสงเคราะห์โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด | 11 |
| แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนเด็กแรกเกิด)      | 13 |
| ขั้นตอนการยื่นขอรับเงินค่าจัดการศพตามประเพณี                                     | 14 |
| แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนค่าจัดการศพ)      | 15 |
| การกู้ยืมเงินทุนโครงการเศรษฐกิจชุมชน                                             | 16 |
| แผนผังแสดงขั้นตอนการดำเนินงานโครงการเศรษฐกิจชุมชน                                | 17 |
| ภาคผนวก                                                                          |    |
| แผนผังแสดงขั้นตอน (การเบิกจ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์)                         | 19 |
| แบบยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ                                       | 20 |
| แบบคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ                                                     | 22 |
| แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ                                            | 24 |
| แบบขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์                                                 | 26 |
| แบบลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (แบบ ดร.01)    | 27 |
| แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (แบบ ดร.02)                                           | 29 |
| แบบ ศพส.01                                                                       | 31 |
| แบบ ศพส.02                                                                       | 33 |
| แบบแจ้งข้อมูลการขอรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online                        | 36 |
| หนังสือมอบอำนาจ                                                                  | 37 |
| กฎหมายที่เกี่ยวข้อง                                                              | 38 |

# ขั้นตอนการยืนยันสิทธิเพื่อรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

## ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม

### “แบบยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ”

- ☐ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ  
ที่มีรูปถ่าย
- ☐ ทะเบียนบ้านฉบับจริง
- ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร  
(เฉพาะหน้าที่แสดง ชื่อ และเลขที่บัญชี)

หมายเหตุ: ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถยืนยันสิทธิด้วยตนเอง

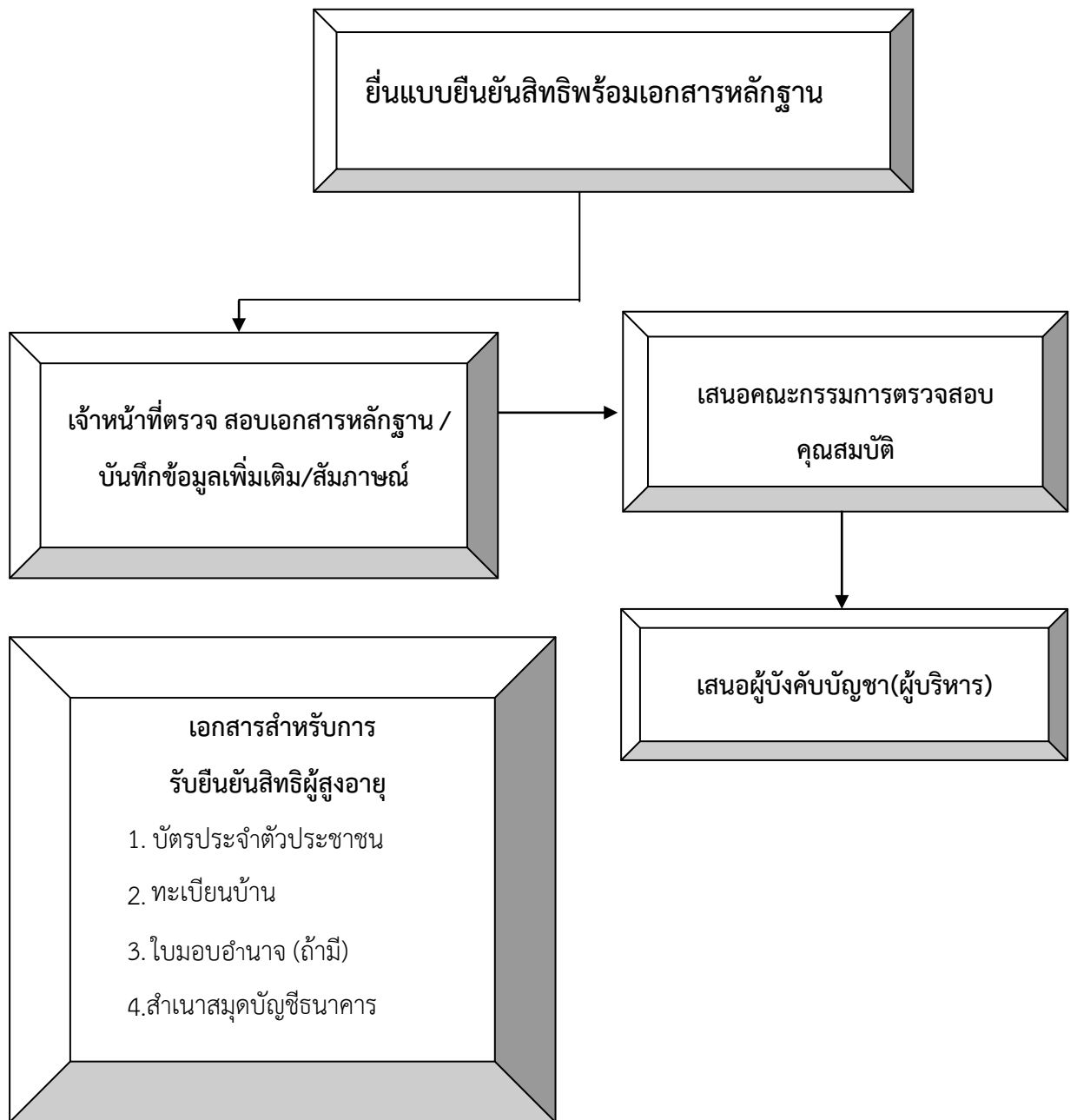
อาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นแบบยืนยันสิทธิรับเงิน

เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจ ติดต่อที่

สำนักปลัด อบต.ร่วมจิต พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

ของผู้รับมอบอำนาจ

แผนผังแสดงขั้นตอน การรับยืนยันสิทธิผู้สูงอายุ



หมายเหตุ : ระยะเวลาดำเนินการ 5 นาที

(ตัวอย่าง)

ตารางการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ 2568

| วัน เดือน ปี เกิด                                               | เดือนที่เริ่มรับเงิน | หมายเหตุ |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------|----------|
| เกิดก่อน 2 กันยายน 2507<br>2 - 30 กันยายน 2507<br>1 ตุลาคม 2507 | ตุลาคม 2567          | งบ 2568  |
| 2 - 31 ตุลาคม 2507<br>1 พฤศจิกายน 2507                          | พฤศจิกายน 2567       | งบ 2568  |
| 2 - 30 พฤศจิกายน 2507<br>1 ธันวาคม 2507                         | ธันวาคม 2567         | งบ 2568  |
| 2 - 31 ธันวาคม 2507<br>1 มกราคม 2568                            | มกราคม 2568          | งบ 2568  |
| 2-31 มกราคม 2508<br>1 กุมภาพันธ์ 2508                           | กุมภาพันธ์ 2568      | งบ 2568  |
| 2 - 28 กุมภาพันธ์ 2508<br>1 มีนาคม 2508                         | มีนาคม 2568          | งบ 2568  |
| 2 - 31 มีนาคม 2508<br>1 เมษายน 2508                             | เมษายน 2568          | งบ 2568  |
| 2 - 30 เมษายน 2508<br>1 พฤษภาคม 2508                            | พฤษภาคม 2568         | งบ 2568  |
| 2 - 31 พฤษภาคม 2508<br>1 มิถุนายน 2508                          | มิถุนายน 2568        | งบ 2568  |
| 2 - 30 มิถุนายน 2508<br>1 กรกฎาคม 2508                          | กรกฎาคม 2568         | งบ 2568  |
| 2 - 31 กรกฎาคม 2508<br>1 สิงหาคม 2508                           | สิงหาคม 2568         | งบ 2568  |
| 2 - 31 สิงหาคม 2508<br>1 กันยายน 2508                           | กันยายน 2568         | งบ 2568  |

**หมายเหตุ :** กรณีย้ายมาจาก อปท.อื่น และยืนยันสิทธิภายในเดือนที่ย้ายจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพ  
เดือนถัดไป

# การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได

## สำหรับผู้สูงอายุ

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับในปัจจุบัน คิดในอัตราเบี้ยยังชีพ แบบขั้นบันได แบบ “ขั้นบันได” หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ ออกเป็นช่วง ๆ หรือเป็นขั้น ขึ้นไปเรื่อย ๆ โดยเริ่ม ตั้งแต่อายุ 60 ปี

ผู้สูงอายุที่มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ จะได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในเดือนถัดไป และผู้สูงอายุที่มีอายุ 69 ปี, 79 ปี, 89 ปี หากท่านมีอายุครบ 70 ปี , 80 ปี, 90 ปี จะได้รับการปรับเงินเบี้ยยังชีพเป็น 700 บาท , 800 บาท 1,000 บาท ตามลำดับในเดือนถัดไป

### (แบบขั้นบันได)

| ขั้น      | ช่วงอายุ (ปี) | จำนวนเงิน (บาท) |
|-----------|---------------|-----------------|
| ขั้นที่ 1 | 60 – 69 ปี    | 600             |
| ขั้นที่ 2 | 70 – 79 ปี    | 700             |
| ขั้นที่ 3 | 80 – 89 ปี    | 800             |
| ขั้นที่ 4 | 90 ปี ขึ้นไป  | 1,000           |

# ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงิน เบี้ยความพิการ

ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม

“แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ”

- ☐ บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับจริง
- ☐ ทะเบียนบ้าน
- ☐ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อ และเลขที่บัญชี)

**หมายเหตุ :** กรณีที่คนพิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจ

เป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทน แต่ต้องนำหลักฐาน  
ของคนพิการ และคนดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย คนพิการ  
ที่เป็นผู้สูงอายุสามารถยื่นยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ด้วย



## ขั้นตอนการยื่นคำขอ(มีบัตรคนพิการ) และต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

สามารถยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ ณ สำนักปลัด

องค์การบริหารส่วนตำบลร่วมจิต เวลา 08.30 น. – 16.30 น. (ทุกวันและเวลาราชการ)



เอกสารประกอบการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ  
ประกอบด้วย

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ สำเนาสูติบัตร (สำหรับเด็กพิการ) จำนวน 1 แผ่น
2. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 แผ่น
3. เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของสถานพยาบาลของรัฐ หรือ สถานพยาบาลเอกชนที่ประกาศกำหนด ฉบับตัวจริง
4. รูปถ่าย / หรือไฟล์รูปภาพ ของคนพิการ หน้าตรงไม่สวมแว่น ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป
5. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอขึ้นทะเบียนแทน) พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ



กรอกข้อมูลตามแบบฟอร์ม แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ



เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร



จัดส่งเอกสารไปยัง พมจ.เพื่อขอทำบัตรประจำตัวคนพิการ

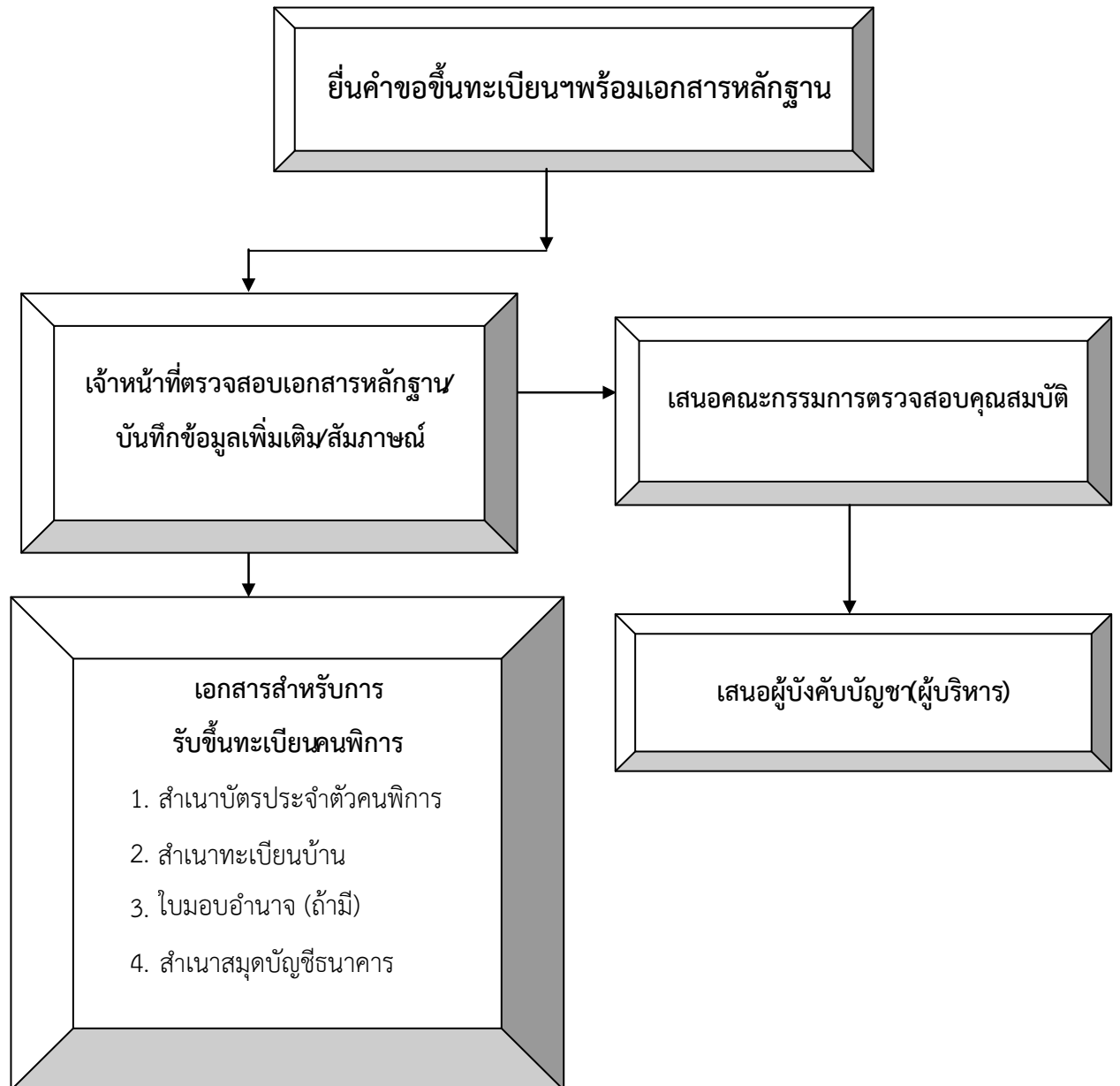


รับบัตรประจำตัวคนพิการ



ดำเนินการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ

แผนผังแสดงขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนคนพิการ



ระยะเวลาดำเนินการ ไม่เกิน 5 นาที

## การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ

การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ สามารถติดต่อได้ที่ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลร่วมจิต หรือ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานี(ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

### เอกสารหลักฐาน

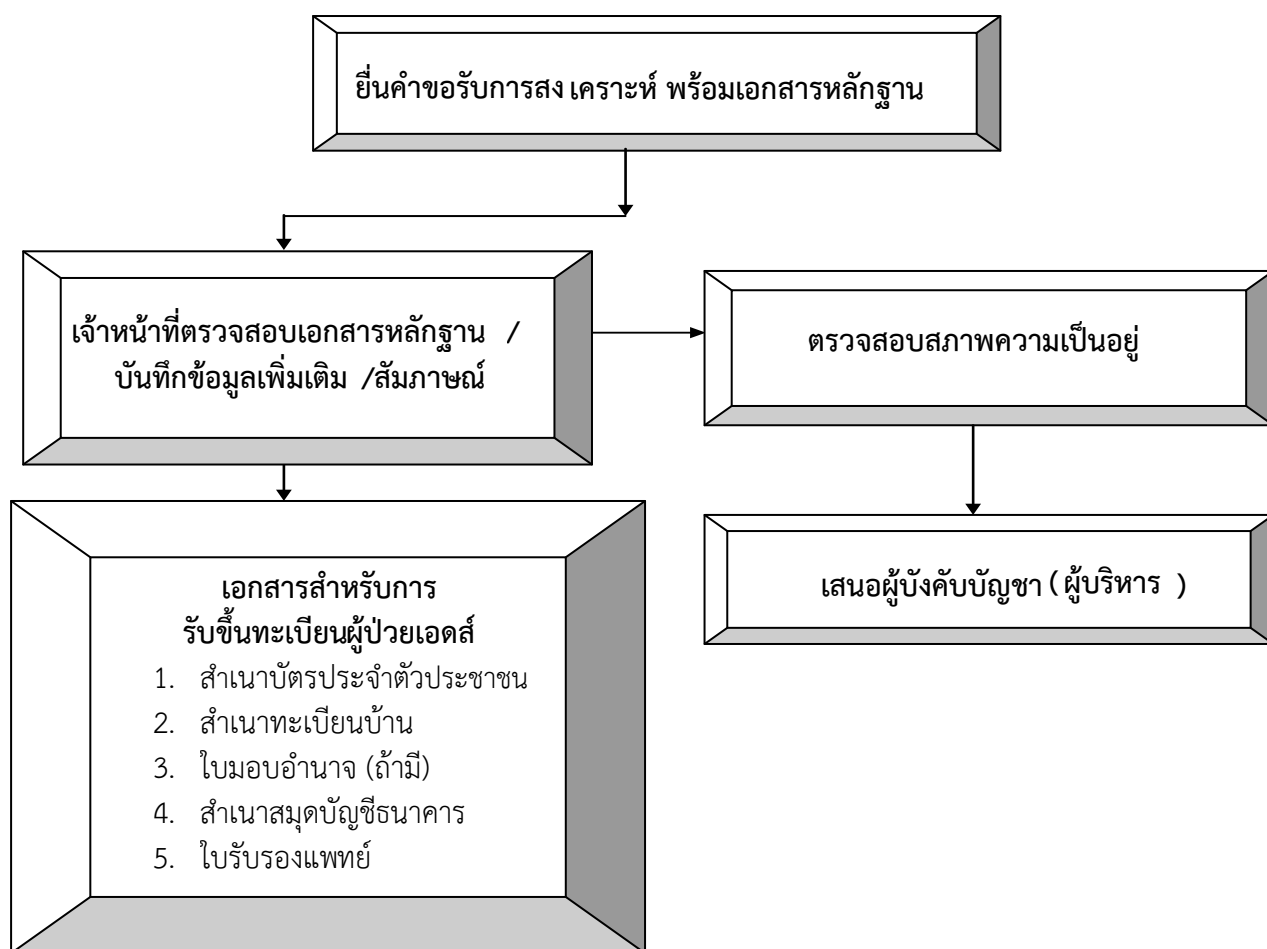
- บัตรประจำตัวคนพิการ(ตัวจริง)
  - รูปถ่ายคนพิการหน้าตรง ไม่สวมหมวก ไม่ใส่แว่นตาดำ ไม่ใส่หน้ากากอนามัย
  - สำเนาบัตรประชาชน 1 ใบ
  - สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ใบ ผู้ดูแลคนพิการ(คนเดิม)
  - สำเนาบัตรประชาชน 1 ใบ (เขียนยินยอมเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ)
  - สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ใบ ผู้ดูแลคนพิการ(คนใหม่)
  - สำเนาบัตรประชาชน 1 ใบ
  - สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ใบ
- \*\* หากอยู่คนละบ้านเลขที่ต้องมีหนังสือรับรองผู้ดูแลคนพิการพร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ

## การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ข้อเสนอแนะ สำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

- 1.ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
- 2.ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลร่วมจิต
- 3.การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลร่วมจิต โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่นดังนี้
  - 3.1 ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
  - 3.2 บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
  - 3.3 ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
- 4.กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้
- 5.กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด
- 6.กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์จากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนาเท่านั้น
- 7.กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือ ญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้องแจ้งให้ งานสวัสดิการสังคมและชุมชนทราบภายใน 7 วัน

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

## แผนผังแสดงขั้นตอนการขอรับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์



\* หมายเหตุ ระยะเวลาดำเนินการ ไม่เกิน 5 นาที

## การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

1. ตาย
2. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขต อบต.ร่วมจิต
3. แจ้งสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
4. ขาดคุณสมบัติ

## ขั้นตอนการลงทะเบียน โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

1. ผู้ปกครองสามารถยื่นลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในท้องถิ่นที่เด็กแรกเกิดได้พักอาศัยอยู่จริง หรือยื่นคำร้องขอลงทะเบียนผ่านแอปพลิเคชัน D.DOPA ก่อน พร้อมแนบเอกสารในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์

2. ผู้ปกครองที่ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนฯ ซึ่งไม่มีสัญชาติไทย แต่เด็กมีสัญชาติไทยให้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนที่กรมกิจการเด็กและเยาวชน หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

3. ผู้ปกครองที่ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนฯ จะต้องดำเนินการลงทะเบียนใช้บริการพร้อมเพย์ PromptPay โดยการผูกเลขประจำตัวประชาชน กับบัญชีเงินฝากธนาคารบัญชีออมทรัพย์

### ขั้นตอนการลงทะเบียน

1. ผู้ปกครอง ยื่นเอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียน ณ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลร่วมจิต หรือลงทะเบียนผ่านแอปพลิเคชัน “เงินเด็ก” และยืนยันตัวตนผ่านแอปพลิเคชัน D.DOPA ก่อน พร้อมแนบเอกสารในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์

2. เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร, คุณสมบัติ

3. บันทึกข้อมูลลงในระบบ

4. ดึงข้อมูลตีตประกาศทุกวัน ที่ 1 และ วันที่ 16 ของทุกเดือน

5. จัดส่งเอกสารการลงทะเบียนพร้อมหลักฐานประกอบ ให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรดิตถ์ เมื่อตีตประกาศครบ 15 วัน

### คุณสมบัติเด็กแรกเกิดที่มีสิทธิ

1) มีสัญชาติไทย (พ่อแม่มีสัญชาติไทย หรือพ่อ หรือแม่มีสัญชาติไทย)

2) เด็กที่มีอายุไม่เกิน 6 ปี

3) อาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำ

4) ไม่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของหน่วยงานของรัฐ หรือเอกชน

### คุณสมบัติผู้ปกครองที่มีสิทธิลงทะเบียน

1) มีสัญชาติไทย

2) เป็นบิดา มารดา หรือบุคคลอื่นที่เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

3) เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วย

4) อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำ หรือครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี โดยสมาชิกต้องมีความสัมพันธ์ทางเครือญาติหรือการสมรส หรืออยู่กินกันฉันสามีภรรยา หรือด้วยเหตุอื่นตามกฎหมาย และสมาชิกต้องอาศัยอยู่จริงในครัวเรือนติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 180 วัน ในรอบปีที่ผ่านมา แต่ไม่นับรวมลูกจ้าง ครัวเรือน

### กรณีผู้ปกครองไม่มีสัญชาติไทย แต่เด็กมีสัญชาติไทย

- 1) เป็นบุคคลที่เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
- 2) เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วย
- 3) อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำ หรือครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี โดยสมาชิกต้องมีความสัมพันธ์ทางเครือญาติหรือการสมรส หรืออยู่กินกันฉันสามีภรรยา หรือด้วยเหตุอื่นตามกฎหมาย และสมาชิกต้องอาศัยอยู่จริงในครัวเรือนติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 180 วัน ในรอบปีที่ผ่านมา แต่ไม่นับรวมลูกจ้าง ครัวเรือน
- 4) ผู้ปกครองและเด็กอาศัยอยู่ในราชอาณาจักรไทย

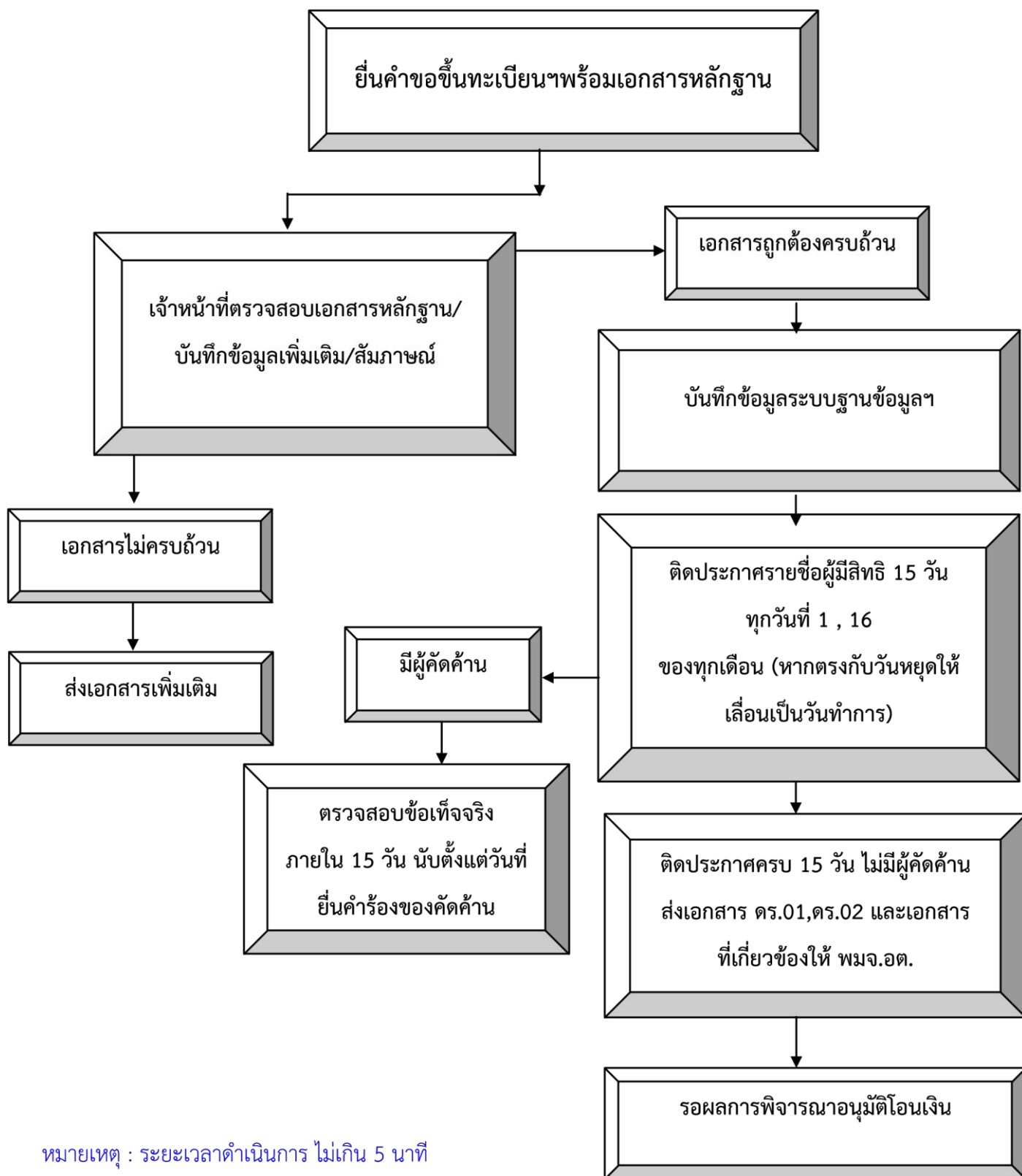
### เอกสารประกอบการลงทะเบียน

1. แบบลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิฯ (ดร.01)
2. แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.02)
3. สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
4. หนังสือรับรองรายได้หรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่มีรายได้ประจำเป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท)
5. เอกสาร หรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรหรือเอกสารอื่นใดที่แสดงสถานะหรือตำแหน่งของผู้รับรองคนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2
6. สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

## การจ่ายเงิน

- กรมบัญชีกลางจะโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารที่ลงทะเบียนใช้บริการพร้อมเพย์ (PromptPay) ซึ่งผูกกับเลขประจำตัวประชาชนของผู้ปกครองที่ได้รับสิทธิ
- จ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดในอัตราเดือนละ 600 บาท ต่อคน ต่อเดือน จนถึงเดือนก่อนที่เด็กแรกเกิดอายุครบ 6 ปี

แผนผังแสดงขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเด็กแรกเกิด



หมายเหตุ : ระยะเวลาดำเนินการ ไม่เกิน 5 นาที



## การยื่นขอรับเงินค่าจัดการศพตามประเพณี

ผู้สูงอายุที่เสียต้องเข้าหลักเกณฑ์ ดังนี้

1. อายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. สัญชาติไทย
3. ผู้สูงอายุที่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เว้นแต่ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ แต่ยังไม่ มีบัตรฯ หรือยังไม่ได้ลงทะเบียน ให้กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองคการบริหารส่วนตำบล หรือประธานชุมชน เป็นผู้ออกหนังสือรับรอง ตามแบบที่อธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุกำหนด

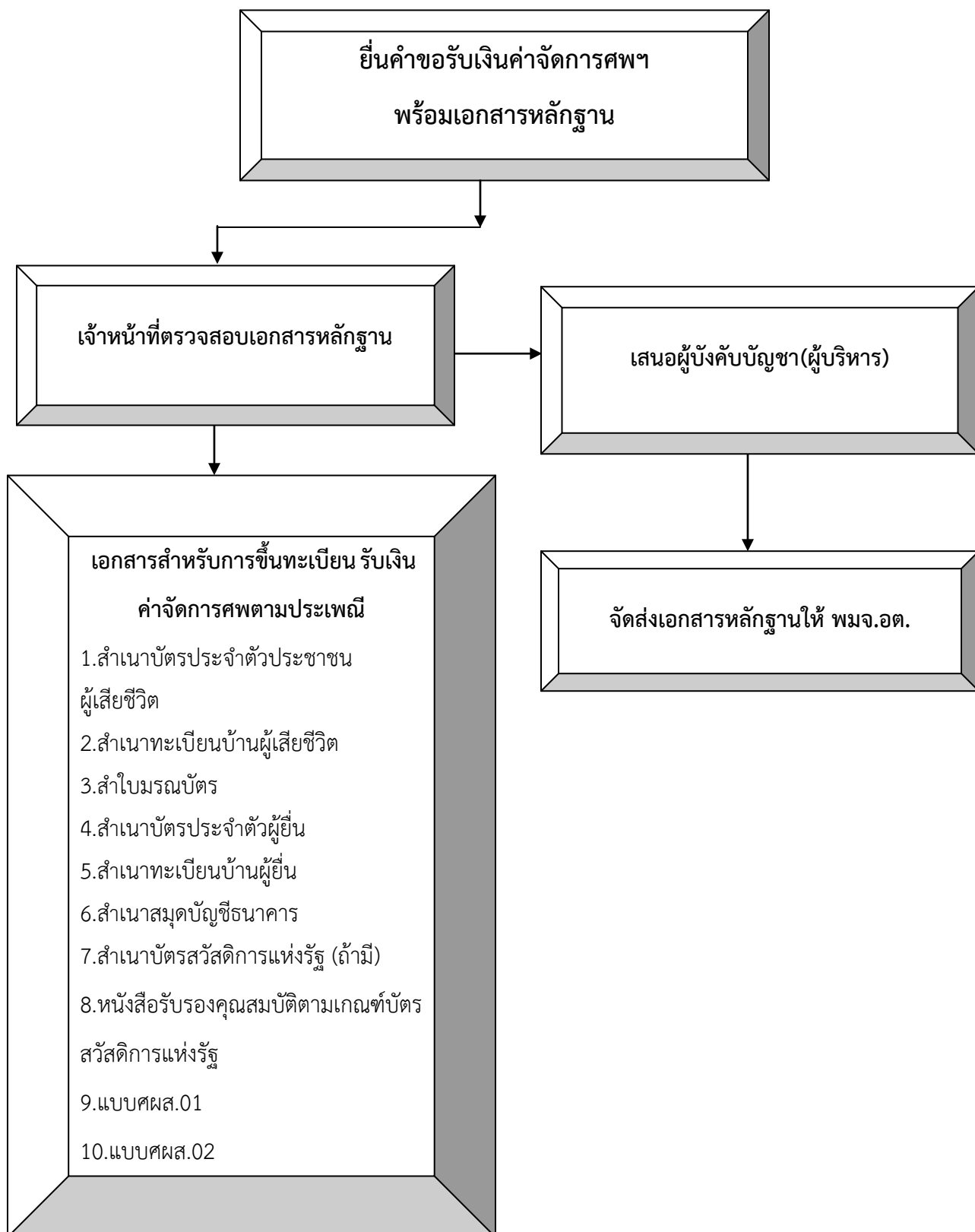
### ขั้นตอนการยื่นขอรับเงินค่าจัดการศพตามประเพณี

1. ผู้รับผิดชอบในการจัดการศพ ยื่นเอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียน ณ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลร่วมจิต
2. เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร
3. จัดส่งเอกสารการลงทะเบียนพร้อมหลักฐานประกอบ ให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์จังหวัดอุดรธานี

### เอกสารประกอบการยื่นขอรับเงินค่าจัดการศพตามประเพณี

- |                                              |       |   |      |
|----------------------------------------------|-------|---|------|
| 1. สำเนาใบมรณบัตร                            | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 2. สำเนาบัตรสวัสดิการของรัฐของผู้สูงอายุ     | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เสียชีวิต   | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 4. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต           | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ    | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 6. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยื่นคำขอ            | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 7. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารผู้ยื่นคำขอ           | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 8. หนังสือรับรองตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ |       |   |      |
| 9. แบบ ศผส.01                                |       |   |      |
| 10. แบบ ศผส.02                               |       |   |      |

แผนผังแสดงขั้นตอนการยื่นขอรับเงินค่าจัดการศพตามประเพณี



หมายเหตุ : ระยะเวลาดำเนินการ ไม่เกิน 5 นาที

## การกู้ยืมเงินทุนโครงการเศรษฐกิจชุมชน

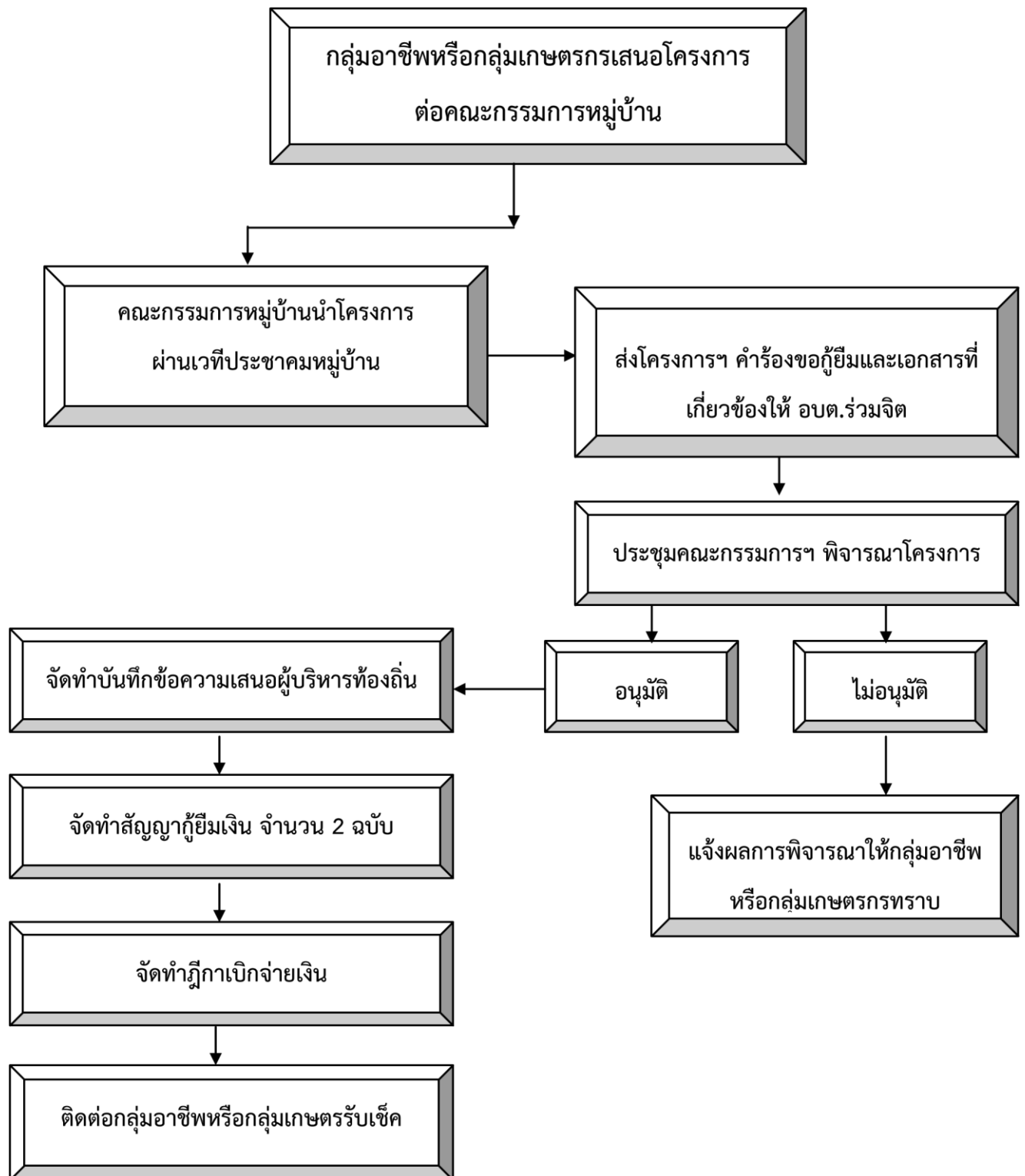
### หลักเกณฑ์และขั้นตอนการกู้ยืมเงิน

- 1.กลุ่มอาชีพหรือกลุ่มเกษตรกร เสนอโครงการผ่านคณะกรรมการหมู่บ้าน และคณะกรรมการหมู่บ้านให้การรับรองว่ากลุ่มอาชีพหรือกลุ่มเกษตรกรที่มีภูมิลำเนาอยู่ในหมู่บ้านนั้นจริง
- 2.คณะกรรมการหมู่บ้านนำโครงการที่กลุ่มอาชีพหรือกลุ่มเกษตรกรเสนอผ่านเวทีประชาคมหมู่บ้านร่วมกันพิจารณา หากมีกลุ่มอาชีพหรือกลุ่มเกษตรกรยื่นเสนอขอกู้ยืมเงินทุนมากกว่าหนึ่งกลุ่ม ให้พิจารณาจัด เรียงลำดับความสำคัญตามความจำเป็นและความเหมาะสมของโครงการ ทั้งนี้ให้แล้วเสร็จภายในสัปดาห์วันนับแต่ วันที่ได้รับโครงการ
- 3.ให้คณะกรรมการหมู่บ้านนำโครงการที่ผ่านการพิจารณาจากเวทีประชาคมหมู่บ้าน ส่งให้คณะกรรมการบริหารเงินทุนตามโครงการเศรษฐกิจชุมชนพิจารณา
- 4.คณะกรรมการบริหารเงินทุนตามโครงการเศรษฐกิจชุมชนพิจารณาอนุมัติให้กลุ่มอาชีพหรือกลุ่มเกษตรกร ยืมเงินทุนตามโครงการที่เสนอมมาเฉพาะโครงการที่มีวงเงินไม่เกิน 100,000 บาท โดยมีเงินสมทบร้อยละ 30 ของวงเงินงบประมาณโครงการ เว้นแต่จะเห็นว่าเป็นโครงการที่มีประโยชน์อย่างยิ่งต่อกลุ่มอาชีพหรือกลุ่มเกษตรกร มีความเป็นไปได้สูง และไม่มีความเสี่ยงกับเงินที่กู้ยืมว่าจะสูญไป โครงการดังกล่าวจะไม่มีเงินสมทบก็ได้
- 5.โครงการของกลุ่มอาชีพหรือกลุ่มเกษตรกรที่คณะกรรมการบริหารเงินทุนตามโครงการเศรษฐกิจชุมชนพิจารณาอนุมัติแล้ว จัดทำบันทึกข้อความเสนอนายกองคการบริหารส่วนตำบลร่วมจัดเตรียมการเบิกจ่ายเงินให้กลุ่มอาชีพหรือกลุ่มเกษตรกรต่อไป

### เอกสารหลักฐานประกอบการกู้ยืมเงิน

1. เอกสารการจัดตั้งกลุ่ม จำนวน 1 ฉบับ
2. แบบเสนอโครงการ จำนวน 1 ชุด
3. คำร้องขอกู้ยืมเงิน จำนวน 1 ชุด
4. ทะเบียนรายชื่อสมาชิกกลุ่ม จำนวน 1 ฉบับ
5. สำเนาบันทึกการประชุมประชาคมหมู่บ้าน จำนวน 1 ชุด
6. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารกลุ่ม จำนวน 1 ฉบับ
7. สำเนาทะเบียนบ้านและบัตรประจำตัวประชาชนของสมาชิกที่กู้ยืมเงิน อย่างละ 1 ฉบับ
8. สำเนาใบเสร็จชำระเงินค่าน (ถ้ามี)

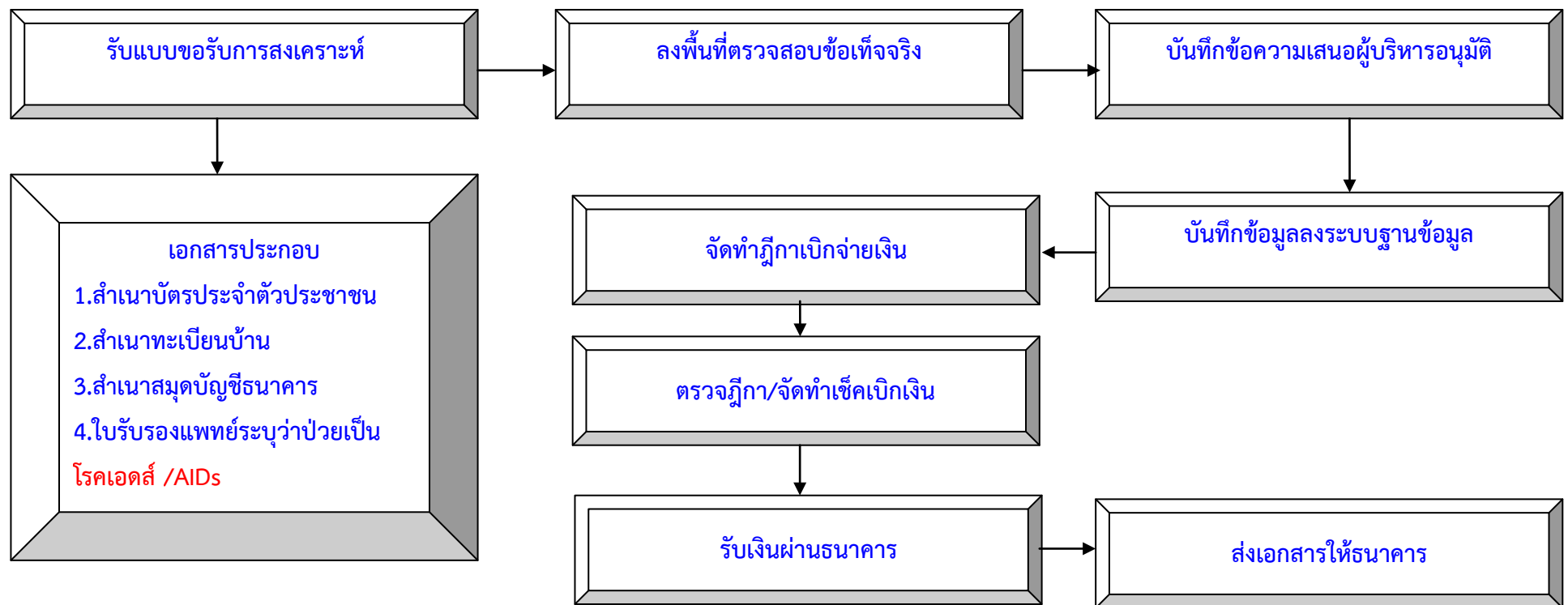
แผนผังแสดงขั้นตอนการดำเนินงานโครงการเศรษฐกิจชุมชน



ภาคผนวก

## แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

(การเบิก-จ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์)



ทะเบียนเลขที่...../.....

## แบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแบบยืนยันสิทธิแทน

ผู้ยื่นคำขอแทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ยืนยันสิทธิ

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

□-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

## ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

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

ตำบล.....ร่วมจิต อำเภอ.....ท่าปลา จังหวัด.....อุตรดิตถ์ รหัสไปรษณีย์.....53190.....

โทรศัพท์.....

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

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

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

มีความประสงค์

- ☐ ขอยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2566)

- ☐ ไม่ขอรับสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

- ☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
- ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- ☐ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)
- ☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

☐ "ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ณ วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ"

☐ "ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ"

(ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ).....

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

ผู้ยืนยันสิทธิ/ผู้รับมอบอำนาจยืนยันสิทธิ เจ้าหน้าที่ผู้รับยืนยันสิทธิ

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ







## แบบคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปถ่าย  
คนพิการ

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

- ☐ ขอมิบัตรครั้งแรก  
☐ ขอมิบัตรเนื่องจาก
 ☐ บัตรเดิมหมดอายุ
 ☐ ขำรด
 ☐ สูญหาย
 ☐ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ
 ☐ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

### ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

- ๑.๑ คำนำนาม ☐ 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 ที่อยู่ปัจจุบัน 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

- ๒ -

๑.๑๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

- ☐ ทางกาเห็น ☐ ทางกาได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ทางกาเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย  
☐ ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ ทางสติปัญญา ☐ ทางการเรียนรู้ ☐ ทางออติสติก

## ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ☐ ไม่มี ☐ มี (กรอกข้อมูลข้อ ๓.๒)

๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(๑) คำนำนานาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ(ระบุ) .....

(๒) ชื่อ..... นามสกุล.....

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

เลขหนังสือเดินทาง ..... (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)

(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ☐ บิดามารดา ☐ บุตร ☐ สามเณรหรือภรรยา ☐ พี่น้อง  
☐ ปู่ย่าตายาย ☐ ลูกพี่นางสาว ☐ 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 ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ.....

(.....)

คนพิการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน

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

## ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน ☐ เห็นควร ☐ ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

## ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

☐ อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ

☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

☐ ความเห็นอื่น ๆ .....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

ทะเบียนเลขที่..... / .....

## แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการองค์การบริหารส่วนตำบลรวมจิต

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา - มารดา ☐ บุตร ☐ สามี - ภรรยา ☐ พี่ - น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการ ☐ อื่นๆ  
 ชื่อ - นามสกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ)..... เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบ  
☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐-☐☐-☐☐ ที่อยู่.....  
 โทรศัพท์.....

## ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลรวมจิต

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

ชื่อ.....นามสกุล.....

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

เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล รวมจิต อำเภอท่าปลา

จังหวัดอุตรดิตถ์ รหัสไปรษณีย์ ๕๓๑๙๐ โทรศัพท์.....

หมายเลขประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐-☐☐-☐☐ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการมองเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย ☐ ความพิการทางออทิสติก☐ ความพิการทางจิตใจหรือทางพฤติกรรมสถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่

เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

☐ ได้รับเงินเบี้ยผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้พิการ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....☐ มีอาชีพ (ระบุ)..... รายได้ต่อเดือน (ระบุ)..... (บาท)☐ มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร..... สาขา..... เลขที่บัญชี.....

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการมีความประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่เป็นบุคคลที่อยู่ในอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการหากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้

ดำเนินการตามกฎหมาย

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

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

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ



(ได้ดูงานจริงแล้วประ ให้คนพิการที่มีค่าลงทะเบียนกันได้)

ทะเบียนเลขที่..... / .....

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. .... โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือน ..... พ.ศ. .... ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๓๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนา(ทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่โดยทันที ทั้งนี้เพื่อการรักษาสวัสดิ์ให้ต่อเนื่อง

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

## แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../ .....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลร่วมจิต

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ..... ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....ถนน.....

ตรอก/ซอย..... หมู่ที่..... ตำบล ร่วมจิต อำเภอ ท่าปลา จังหวัด อุตรดิตถ์ รหัสไปรษณีย์ 53190

ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

1.ที่พักอาศัย ( ) เป็นของตนเอง และมีลักษณะ ( ) ซ้ำรูดทรุดโทรม ( ) ซ้ำรูดทรุดโทรมบางส่วน ( ) มั่นคงถาวร

( ) เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

2.ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้ ( ) สะดวก

( ) ลำบาก เนื่องจาก .....อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....

สามารถเดินทางได้ ( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้ ( ) สะดวก ( ) ลำบาก

เนื่องจาก .....

3. การพักอาศัย ( ) อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....

มาประมาณ.....ปี ( ) พักอาศัยกับ .....รวม .....คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้

จำนวน.....คน มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

.....

4. รายได้ - รายจ่าย

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....สถานที่ติดต่อเลขที่.....ถนน.....

ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องกับ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....ผู้ให้ถ้อยคำ  
(.....)

แบบ ตร.01



แบบคำร้องขอลงทะเบียน  
เพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ปังบประมาณ .....

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

1. ข้อมูลผู้ลงทะเบียน ☐ เป็นผู้ลงทะเบียนตามโครงการเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
  - 1.1 ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ ผู้ปกครอง ความสัมพันธ์กับเด็กแรกเกิด ระบุ.....
  - 1.2 ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว.....
  - 1.3 เลขประจำตัวประชาชน .....
  - 1.4 เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี
  - 1.5 สัญชาติ.....
  - 1.6 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
 

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

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
  - 1.7 ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ใช้ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
 

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

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
  - 1.8 อาชีพ ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ ประกอบอาชีพ ระบุ.....
  - 1.9 การศึกษา ☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ กำลังศึกษา.....
  - ☐ จบการศึกษา (สูงสุด).....
2. ข้อมูลเด็ก (ตามสูติบัตร)
  - 2.1 ชื่อ - นามสกุล ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง.....
  - 2.2 เลขประจำตัวประชาชน .....
  - 2.3 เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อมูลมารดา

  - 2.4 ☐ เด็กหญิง ☐ นาง ☐ นางสาว.....
  - 2.5 เลขประจำตัวประชาชน .....
  - 2.6 อายุ.....ปี
  - 2.7 สัญชาติ.....

ข้อมูลบิดา

☐ ไม่ปรากฏบิดา

  - 2.10 ☐ เด็กชาย ☐ นาย.....
  - 2.11 เลขประจำตัวประชาชน .....
  - 2.12 อายุ.....ปี
  - 2.13 สัญชาติ.....

-2-

## 3. ช่องทางการรับเงินอุดหนุน เลือกเพียง 1 ธนาคาร (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องของลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

☐ ธนาคารกรุงไทย ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ ☐ ธนาคาร ธ.ก.ส.ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ ☐ ธนาคาร ออมสิน ประเภทบัญชี เงินฝากเผื่อเรียก  
 ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

## 4. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- ☐ 4.1 แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.01)
- ☐ 4.2 แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.02)
- ☐ 4.3 สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
- ☐ 4.4 หนังสือรับรองรายได้หรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่มีรายได้ประจำเป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท) จำนวน.....ใบ (ถ้ามี)
- ☐ 4.5 เอกสาร หรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรหรือเอกสารอื่นใดที่แสดงสถานะหรือตำแหน่งของผู้รับรองคนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2
- ☐ 4.6 สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องของลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ยินยอมให้นำข้อมูลในบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อตรวจสอบสถานะบุคคลในฐานะข้อมูลทะเบียนราษฎร ข้อมูลทางการเงินและทรัพย์สิน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินในส่วนที่รับไปโดยไม่มีสิทธิ หรือยินยอมให้หักจากสวัสดิการอื่น หรือหักจากบัญชีเงินฝากธนาคารของข้าพเจ้าได้ ในการนี้ข้าพเจ้ายินดีรับข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็กผ่านช่องทางต่าง ๆ

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

วันที่ลงทะเบียน..... ตำแหน่ง.....  
 วันที่ลงทะเบียน.....

.....ตัดตามรอยปรุ.....

หมายเหตุ : สำหรับเก็บไว้เป็นหลักฐานเพื่อยืนยันการลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

1. หน่วยงานรับลงทะเบียน.....วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

1.1 ชื่อ-นามสกุล ผู้ลงทะเบียน.....

1.2 เลขประจำตัวประชาชน.....

1.3 ชื่อ - นามสกุล เด็กแรกเกิด ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง.....

1.4 เลขประจำตัวประชาชน.....

## 2. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- ☐ แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.01)
- ☐ แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.02)
- ☐ สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
- ☐ หนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท หรือผู้มีรายได้ประจำ) จำนวน.....ใบ
- ☐ เอกสาร หรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรองคนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2
- ☐ สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

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



**แบบรับรองสถานะของครัวเรือน**  
**ตารางแสดงจำนวนสมาชิกและรายได้ของครัวเรือน**

**ส่วนที่ 1 : ผู้ลงทะเบียน**

**ข้อมูลสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่จริงของผู้ลงทะเบียน**

**(กรณีต่างตัวที่มีบัตรประจำตัวซึ่งไม่มีสัญชาติไทย) สามารถกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มได้**

| ลำดับ<br>ที่ | เลขประจำตัวประชาชน | ชื่อ นามสกุล | อายุ | ความสัมพันธ์<br>กับเด็ก | อาชีพ | รายได้/เดือน | บัตรสวัสดิการ<br>แห่งรัฐ |       |
|--------------|--------------------|--------------|------|-------------------------|-------|--------------|--------------------------|-------|
|              |                    |              |      |                         |       |              | มี                       | ไม่มี |
|              |                    |              |      |                         |       |              |                          |       |
|              |                    |              |      |                         |       |              |                          |       |
|              |                    |              |      |                         |       |              |                          |       |
|              |                    |              |      |                         |       |              |                          |       |
|              |                    |              |      |                         |       |              |                          |       |
|              |                    |              |      |                         |       |              |                          |       |
|              |                    |              |      |                         |       |              |                          |       |
|              |                    |              |      |                         |       |              |                          |       |
|              |                    |              |      |                         |       |              |                          |       |
|              |                    |              |      |                         |       |              |                          |       |
|              |                    |              |      |                         |       |              |                          |       |

จำนวนสมาชิกของครัวเรือนทั้งหมด.....คน (นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย)

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายชื่อที่ปรากฏข้างต้น เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่ติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 180 วัน ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และสถานะของครัวเรือนของข้าพเจ้าเมื่อคำนวณแล้วมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง และยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถาม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคลในบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้า หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตรงความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ระงับสวัสดิการและประโยชน์อื่น ๆ รวมทั้งคืนเงินที่ได้รับ

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน

(.....)

วันที่ลงทะเบียน.....

- หมายเหตุ : 1) รายได้เฉลี่ยคำนวณจากรายได้รวมของครัวเรือน หารด้วยจำนวนสมาชิกทั้งหมดของที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้น โดยนับรวมรายได้ในรอบปีของสมาชิกทุกคนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้นติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 180 วันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยให้นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย ซึ่งสมาชิกของ ครัวเรือนมีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติโดยสายโลหิต หรือ อยู่กินด้วยกันฉันสามีภรรยา หรือด้วยเหตุอื่นตามกฎหมาย แต่ไม่นับรวมผู้ซึ่งเป็นลูกจ้างหรือผู้ซึ่งได้อนุญาตให้อยู่อาศัยด้วย
- 2) กรณีสมาชิกในครัวเรือนเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานบริษัท ผู้มีรายได้ประจำ ให้แนบหนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือนของผู้มีรายได้ประจำ ด้วยทุกคน
- 3) กรณีสมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐทุกคน ไม่ต้องมีผู้รับรองสถานะของครัวเรือน



## ส่วนที่ 2 : ผู้รับรอง

| ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 1 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ข้าพเจ้า <input type="radio"/> นาย <input type="radio"/> นาง <input type="radio"/> นางสาว ..... นามสกุล.....</p> <p>ตำแหน่ง ..... สังกัดหน่วยงาน .....</p> <p>โทรศัพท์.....</p> <p><input type="radio"/> รับรอง เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น</p> <p><input type="radio"/> ไม่รับรอง เนื่องจาก.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 1<br/>(.....)<br/>ตำแหน่ง.....<br/>วันที่.....</p> <p>หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 1 : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมืองพัทยา อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการชุมชน ประธานชุมชน ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนั้น ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ ต้องไม่เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน และผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลในครัวเรือนที่มีรายได้น้อยกว่าของเด็กแรกเกิด</p> <p>ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ ต้องไม่เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน และผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลในครัวเรือนที่มีรายได้น้อยกว่าของเด็กแรกเกิด</p> |
| ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 2 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p>ข้าพเจ้า <input type="radio"/> นาย <input type="radio"/> นาง <input type="radio"/> นางสาว ..... นามสกุล.....</p> <p>ตำแหน่ง ..... สังกัดหน่วยงาน .....</p> <p>โทรศัพท์.....</p> <p><input type="radio"/> รับรอง เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น</p> <p><input type="radio"/> ไม่รับรอง เนื่องจาก.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 2<br/>(.....)<br/>ตำแหน่ง.....<br/>วันที่.....</p> <p>หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 2 : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมืองพัทยา อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการชุมชน ประธานชุมชน ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนั้น ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ</p> <p>ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ ต้องไม่เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน และผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลในครัวเรือนที่มีรายได้น้อยกว่าของเด็กแรกเกิด</p>                                                                                                                          |



แบบ ศผส. 01

## แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

เขียนที่ .....

วัน ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

**ส่วนที่ 1 : สำหรับผู้ยื่นขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี**

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ..... อายุ ..... ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....  
 ออกให้โดย.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ .....อาชีพ.....  
 โทรศัพท์ ..... โทรศัพท์มือถือ.....

**ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน**

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน ..... ตำบล/แขวง .....  
 อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

**ที่อยู่ปัจจุบัน ( ☐ ตรงกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน)**

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน ..... ตำบล/แขวง .....  
 อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ตายในฐานะเป็น ..... และเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุ  
 โดยได้รับความยินยอมจากบิดา/มารดา/บุตร/พี่น้อง/เครือญาติ/ของผู้สูงอายุที่ตายให้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพของผู้สูงอายุที่ตาย  
 ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) ..... อายุ ..... ปี  
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

**ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน**

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน ..... ตำบล/แขวง .....  
 อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

**ที่อยู่ปัจจุบัน ( ☐ ตรงกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน)**

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน ..... ตำบล/แขวง .....  
 อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

ถึงแก่กรรมด้วยสาเหตุ ..... เมื่อวันที่..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
 ตามใบมรณบัตรเลขที่ ..... ออกให้โดย..... เมื่อวันที่..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ได้ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าไม่เคยได้รับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพ  
 ผู้สูงอายุรายนี้มาก่อน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและข้อมูลในบัตรประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้แก่  
 หน่วยงานของรัฐและยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถามและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐ  
 ที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาจัดสรรสวัสดิการและหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามกฎหมายของรัฐ และหรือ  
 เพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้ถือว่าฉันรับและบรรดาสำเนา ภาพถ่าย  
 ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสารที่ทำขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้าเช่นเดียวกัน

(ลงชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

( ..... )

วันที่ ..... / ..... / .....

**ส่วนที่ 2 : ข้อมูลผู้ให้การรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี**

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 ..... / ..... / .....

**คำชี้แจง**

1. ผู้ยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรม เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้องของผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรม ในกรณีที่มีผู้สูงอายุไม่มีญาติ บุคคลที่รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุเป็นผู้ยื่นคำขอรับเงินค่าจัดการศพ เช่น ผู้ให้การดูแล ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น รวมทั้งมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์
2. ผู้ให้การรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี หมายถึง ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน หรือผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ผู้ปกครองสถานสงเคราะห์ ผู้ปกครองสถานดูแล ผู้อำนวยการสถานคุ้มครอง หรือผู้ปกครองสถานใด ๆ ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
3. คุณสมบัติผู้สูงอายุ
  - (1) มีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป
  - (2) มีสัญชาติไทย
  - (3) ผู้สูงอายุที่ได้รับสิทธิตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ หรือโครงการสวัสดิการ ในลักษณะเดียวกันที่เรียกชื่อเป็นอย่างอื่น หรือเป็นผู้สูงอายุที่ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือ ประธานชุมชน รับรองว่ามีคุณสมบัติตามโครงการดังกล่าว
4. หลักฐานการยื่นคำขอ
  - (1) ใบมรณบัตรของผู้สูงอายุ
  - (2) บัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ตาย หรือบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ตาย พร้อมหนังสือรับรอง ตามข้อ 5 (3) แล้วแต่กรณี หากไม่มีบัตรประจำตัวประชาชนให้ใช้เอกสารราชการ ที่มีเลขประจำตัวประชาชนและวัน เดือน ปีเกิดของผู้สูงอายุที่ตายแทนได้
  - (3) บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายและเลขประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ กรณีการจัดการศพตามประเพณีโดยมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์ ให้แนบหนังสือแสดงการจดทะเบียน หรืออนุญาตให้สร้าง จัดตั้ง หรือดำเนินงานมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์ด้วย
  - (4) สมุดบัญชีหรือเลขที่บัญชีธนาคารของผู้ยื่นคำขอ เว้นแต่ประสงค์จะขอรับเงินสดให้ดำเนินการตามระเบียบของทางราชการ
  - (5) แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี (แบบ ศผส. 01)
5. การยื่นคำขอ ยื่นภายใน 6 เดือนนับตั้งแต่วันออกใบมรณบัตร โดยยื่นคำขอในท้องที่ที่ผู้สูงอายุมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านหรือภูมิลำเนา ที่ถึงแก่ความตาย ในขณะที่ถึงแก่ความตาย ดังต่อไปนี้
  - (1) ในกรุงเทพมหานคร ให้ยื่นคำขอที่สำนักงานเขต สังกัดกรุงเทพมหานคร
  - (2) ในจังหวัดอื่น ให้ยื่นคำขอต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หรือที่ว่าการอำเภอ หรือสำนักงานเทศบาล หรือที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบล หรือศาลาว่าการเมืองพัทยา
6. ผู้ยื่นคำขอและผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน



แบบ ศผส.02

## แบบรับรองการมีคุณสมบัติตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ

เขียนที่ .....

วัน ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

## 1. ผู้ยื่นคำขอ (ผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุ)

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....

อายุ ..... ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... อาชีพ.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน ..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

โทรศัพท์มือถือ..... มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ตายในฐานะเป็น .....

## 2. ผู้รับรอง (รับรองว่ามีคุณสมบัติตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ)

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ..... ตำแหน่ง .....

สังกัดหน่วยงาน ..... อายุ ..... ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... หมู่บ้าน ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....

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

โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ .....

ขอรับรองว่าผู้สูงอายุที่ตายชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) ..... อายุ ..... ปี  
เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี 2565 ดังนี้☐ 1. อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป☐ 2. สัญชาติไทย☐ 3. บุคคลที่เข้าข่ายไม่ได้รับสิทธิ

• ภิกษุ สามเณร นักพรตหรือนักบวช

• ผู้ต้องขัง ผู้ถูกกักกัน ผู้ต้องกักขัง

• บุคคลดังต่อไปนี้

- ข้าราชการ

- พนักงานราชการ

- พนักงาน ลูกจ้าง เจ้าหน้าที่ หรือผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานของรัฐที่ได้รับค่าตอบแทนจากหน่วยงานของรัฐ

[หน่วยงานของรัฐตามมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลัง ของรัฐ พ.ศ. 2561] โดยตรง เว้นแต่บุคคลดังกล่าวได้รับค่าตอบแทนไม่เกิน 100,000 บาท/ปี (รอบปีปฏิทิน)

- ผู้รับบำนาญรายเดือน

- ผู้รับบำนาญปกติ หรือเบี้ยหวัดจากส่วนราชการ

• ข้าราชการการเมืองตามพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการการเมือง พ.ศ. 2535

• สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร และสมาชิกวุฒิสภา

- 2 -

□ 4. รายได้

4.1 รายได้ของผู้ลงทะเบียนไม่เกิน 100,000 บาท/คน/ปีในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง

4.2 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวของผู้ลงทะเบียนไม่เกิน 100,000 บาท/คน/ปีในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง (การคำนวณรายได้เฉลี่ยของครอบครัวของผู้ลงทะเบียนคำนวณได้จากการรวมรายได้ของผู้ลงทะเบียนและสมาชิกในครอบครัวของผู้ลงทะเบียนหารด้วยจำนวนบุคคลทั้งหมดในครอบครัว)

□ 5. ทรัพย์สินทางการเงิน ได้แก่ เงินฝาก สลาก พันธบัตร และ ตราสารหนี้ ภาครัฐ การเงินของผู้ลงทะเบียนและสมาชิกในครอบครัวของผู้ลงทะเบียน หารด้วยจำนวนบุคคลทั้งหมดในครอบครัว)

5.1 ทรัพย์สินทางการเงินของผู้ลงทะเบียนมีมูลค่าไม่เกิน 100,000 บาท/คน ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง

5.2 ทรัพย์สินทางการเงินเฉลี่ยของครอบครัวของผู้ลงทะเบียนมีมูลค่าไม่เกิน 100,000 บาท/คน ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (การคำนวณทรัพย์สินทางการเงินเฉลี่ยของครอบครัวของผู้ลงทะเบียนคำนวณได้จากการรวมมูลค่าทรัพย์สินทางการเงินของผู้ลงทะเบียน และสมาชิกในครอบครัวของผู้ลงทะเบียน หารด้วยจำนวนบุคคลทั้งหมดในครอบครัว)

□ 6. อสังหาริมทรัพย์

6.1 อสังหาริมทรัพย์ของผู้ลงทะเบียน

6.1.1 ไม่มีกรรมสิทธิ์ในอสังหาริมทรัพย์ หรือมีกรรมสิทธิ์ในอสังหาริมทรัพย์ ณ เวลาใด เวลาหนึ่ง จะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(1) ที่อยู่อาศัยที่เป็นที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง (บ้านพร้อมที่ดิน)

1.1) กรณีอยู่อาศัยอย่างเดียว

1.1.1) บ้านเดี่ยว ทาวน์เฮาส์ ห้องแถว และตึกแถว ต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 25 ตารางวา

1.1.2) ห้องชุดต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 35 ตารางเมตร

1.2) กรณีเป็นที่อยู่อาศัยและใช้ประโยชน์จากที่ดินเพื่อการเกษตร ต้องมีพื้นที่ ไม่เกิน 10 ไร่ หรือในกรณีที่ใช้ประโยชน์ที่ดินเพื่อการอื่นที่ไม่ใช่เพื่อการเกษตรจะต้องมีพื้นที่ ไม่เกิน 1 ไร่

(2) ที่ดินแยกจากที่อยู่อาศัย

2.1) ในกรณีที่ใช้ประโยชน์ที่ดินเพื่อการอื่นที่ไม่ใช่เพื่อการเกษตร ต้องมีพื้นที่ ไม่เกิน 1 ไร่

2.2) ในกรณีที่ใช้ประโยชน์ที่ดินเพื่อการเกษตร ต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 10 ไร่

6.1.2 ไม่มีหนังสือรับรองการทำประโยชน์ และหนังสืออนุญาตให้เข้าทำประโยชน์หรือมีหนังสือดังกล่าว แต่เมื่อรวมกับข้อ 6.1.1 [ยกเว้นข้อ (1.1.2)] จะต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 1 ไร่ หรือ 10 ไร่แล้วแต่กรณี ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง

ทั้งนี้ ผู้ลงทะเบียนที่มีรายชื่อเป็นเกษตรกร\* ตามฐานข้อมูลของหน่วยงานของรัฐหรือได้รับอนุญาตให้เข้าทำประโยชน์ในเขตปฏิรูปที่ดินเพื่อเกษตรกรรมให้ถือว่าผู้ลงทะเบียนใช้ประโยชน์ จากที่ดินเพื่อการเกษตร

6.2 อสังหาริมทรัพย์ของผู้ลงทะเบียนและสมาชิกในครอบครัวของผู้ลงทะเบียน

6.2.1 ไม่มีกรรมสิทธิ์ในอสังหาริมทรัพย์ หรือมีกรรมสิทธิ์ในอสังหาริมทรัพย์ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง จะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

(1) ที่อยู่อาศัยที่เป็นที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง (บ้านพร้อมที่ดิน)

1.1) กรณีอยู่อาศัยอย่างเดียว

1.1.1) กรณีผู้ลงทะเบียนและคู่สมรสเป็นเจ้าของที่ดินที่มีลักษณะเป็นบ้านเดี่ยว ทาวน์เฮาส์ ห้องแถว และตึกแถวแยกจากกัน ไม่ว่าจะมิบุคคลอื่นเป็นเจ้าของรวมด้วยหรือไม่ก็ตาม ส่วนที่เป็นกรรมสิทธิ์ในที่ดินของผู้ลงทะเบียนและคู่สมรสแต่ละคนต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 25 ตารางวา กรณีผู้ลงทะเบียนและคู่สมรสเป็นเจ้าของที่ดินที่มีลักษณะเป็นบ้านเดี่ยว ทาวน์เฮาส์ ห้องแถว และตึกแถวร่วมกัน ไม่ว่าจะมิบุคคลอื่นเป็นเจ้าของรวมด้วยหรือไม่ก็ตาม ส่วนที่เป็นกรรมสิทธิ์ในที่ดินของผู้ลงทะเบียนและคู่สมรส รวมกันต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 25 ตารางวา



- 3 -

1.1.2) กรณีผู้ลงทะเบียนและคู่สมรสเป็นเจ้าของห้องชุดแยกจากกัน ไม่ว่าจะมิบุคคลอื่นเป็นเจ้าของรวมด้วยหรือไม่ก็ตาม ส่วนที่เป็นกรรมสิทธิในห้องชุดของผู้ลงทะเบียน และคู่สมรสแต่ละคนต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 35 ตารางเมตร กรณีผู้ลงทะเบียนและคู่สมรสเป็นเจ้าของห้องชุดร่วมกัน ไม่ว่าจะมิบุคคลอื่นเป็นเจ้าของรวมด้วยหรือไม่ก็ตาม ส่วนที่เป็นกรรมสิทธิในห้องชุดของผู้ลงทะเบียนและคู่สมรสรวมกันต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 35 ตารางเมตร

1.2) กรณีเป็นที่ยุ่อาศัยและใช้ประโยชน์จากที่ดิน เพื่อการเกษตร ต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 20 ไร่ หรือ ในกรณีที่ใช้ประโยชน์ที่ดินเพื่อการอื่นที่ไม่ใช่เพื่อการเกษตรต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 2 ไร่

(2) ที่ดินแยกจากที่อยู่อาศัย

(2.1) ในกรณีที่ใช้ประโยชน์ที่ดินเพื่อการอื่นที่ไม่ใช่เพื่อการเกษตร ต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 2 ไร่

(2.2) ในกรณีที่ใช้ประโยชน์ที่ดินเพื่อการเกษตร ต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 20 ไร่

6.2.2 ไม่มีหนังสือรับรองการทำประโยชน์ และหนังสืออนุญาตให้เข้าทำประโยชน์หรือมีหนังสือดังกล่าว แต่เมื่อรวมกับข้อ 6.2.1 (ยกเว้นข้อ 1.1.2) จะต้องต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 2 ไร่ หรือ 20 ไร่ แล้วแต่กรณี ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง

ทั้งนี้ หากมีผู้ลงทะเบียนหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ลงทะเบียนอย่างน้อย 1 คน มีรายชื่อ เป็นเกษตรกร ตามฐานข้อมูลของหน่วยงานของรัฐหรือได้รับอนุญาตให้เข้าทำประโยชน์ในเขตปฏิรูปที่ดินเพื่อเกษตรกรรมให้ถือว่าผู้ลงทะเบียนและสมาชิก ในครอบครัวของผู้ลงทะเบียนใช้ประโยชน์จากที่ดินเพื่อการเกษตร

☐ 7. บัตรเครดิต ผู้ลงทะเบียนจะต้องไม่มีบัตรเครดิต ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง

☐ 8. หนี้สิน ผู้ลงทะเบียนจะต้องไม่มีวงเงินกู้ หรือมีวงเงินกู้ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง แต่ไม่เกินหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

8.1 วงเงินกู้สำหรับที่อยู่อาศัยรวมไม่เกิน 1.5 ล้านบาท

8.2 วงเงินกู้สำหรับยานพาหนะรวมไม่เกิน 1 ล้านบาท

ในการให้ถ้อยคำครั้งนี้ ข้าพเจ้ามิได้มีเจตนาทุจริตแต่อย่างใด และขอรับรองว่าถ้อยคำดังกล่าวข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากปรากฏข้อเท็จจริงเป็นอย่างอื่นภายหลัง ซึ่งเป็นความผิดตามกฎหมายอาญามาตรา 137 “ผู้ใดแจ้งความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน ซึ่งอาจทำให้ผู้อื่นหรือประชาชนเสียหาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือนหรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ” ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินคดีตามกฎหมายกับข้าพเจ้าได้ และยินยอมคืนเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุ ตามประเพณีที่ได้รับไปเต็มจำนวน โดยไม่มีเงื่อนไข

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและข้อมูลในบัตรประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้แก่หน่วยงานของรัฐและยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถามและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาจัดสรรสวัสดิการและหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามกฎหมายของรัฐ และหรือเพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้ถือว่าคู่ฉบับและบรรดาสำเนา ภาพถ่าย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสารที่ทำขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้า เช่นเดียวกัน

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความทั้งหมดแล้ว และขอรับรองว่าถูกต้อง เป็นความจริงทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(ลงชื่อ) .....ผู้รับรอง

(.....)

(.....)

วันที่ ..... / ..... / .....

ตำแหน่ง.....

วันที่ ..... / ..... / .....

หมายเหตุ : ผู้รับรองต้องเป็นบุคคล ดังนี้ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน เป็นผู้ให้การรับรองผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ โดยผู้ยื่นคำขอและผู้รับรอง ต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน

เลขที่.....

## แบบแจ้งข้อมูลการขอรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานี

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....

เลขประจำตัวประชาชน 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

สำนัก/กอง/ศูนย์.....สังกัดกรม.....

กระทรวง.....

อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรมือถือ.....

ขอรับเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร มาเพื่อเป็นหลักฐานด้วยแล้ว

กรณีเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ ที่สังกัดส่วนราชการผู้จ่าย

☐ เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ใช้สำหรับรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน☐ บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารอื่น ตามที่ (หัวหน้าส่วนราชการผู้เบิก) อนุญาต

☐ บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

☐ กรณีเป็นบุคคลภายนอกเพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

และเมื่อ.....โอนเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online แล้ว ให้ส่งข้อมูล

การโอนเงินผ่านช่องทาง

☐ ข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ (SMS) ที่เบอร์โทรศัพท์.....☐ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ตาม e-mail address .....

(ลงชื่อ).....ผู้มีสิทธิรับเงิน

(. .. .)

หมายเหตุ : เลขที่ของแบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online ให้ระบุหมายเลขเรียง  
กำกับเรียงกันไปทุกฉบับ เพื่อประโยชน์ในการจัดทำทะเบียนคุมการโอนเงิน

## หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

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

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

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน..... แทนข้าพเจ้าจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง  
 การมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้  
 กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
 (.....)



## ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- 1.พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 และแก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2560
- 2.ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2548
- 3.ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2552 และแก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2562
- 4.ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553 และแก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2562
- 5.ระเบียบกรมกิจการเด็กและเยาวชน ว่าด้วยการจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด พ.ศ.2565
- 6.พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 11 (12) เรื่องการสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี
- 7.ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง การสนับสนุนการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี
- 8.ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง การสนับสนุนการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี (ฉบับที่ 2)
- 9.ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการดำเนินงานโครงการเศรษฐกิจชุมชน พ.ศ.2541 และแก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2557