



คู่มือการปฏิบัติงาน สวัสดิการสังคม

- งานเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- งานเบี้ยความพิการ
- งานสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
- การยื่นขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
- การยื่นขอรับเงินค่าจัดการศพตามประเพณี
- งานเงินทุนโครงการเศรษฐกิจชุมชน

สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลร่วมจิต
อำเภอท่าปลา จังหวัดอุดรธานี
โทรศัพท์ 0-5504-9708

คำนำ

คู่มือการปฏิบัติงานสวัสดิการสังคมขององค์การบริหารส่วนตำบลร่วมจิตเล่มนี้ จัดทำ โดยงานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด ซึ่งได้แสดงรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงานต่าง ๆ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงานสวัสดิการสังคม ได้นำไปใช้ประโยชน์ ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ที่ถูกต้องตรงกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานและผู้ที่มีส่วน เกี่ยวข้อง มีแนวทางในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน องค์การบริหารส่วนตำบลร่วมจิต หวังเป็นอย่างยิ่ง ว่าคู่มือการปฏิบัติงานเล่มนี้ จะสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้เกิด ประโยชน์ต่อราชการต่อไป

สารบัญ

	หน้า
ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	1
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ)	2
ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ	5
ขั้นตอนการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ	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
แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	20
แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ	22
แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ	24
แบบฟอร์มหนังสือมอบอำนาจการรับเบี้ยยังชีพ	26
แบบลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (แบบ ดร.01)	27
แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (แบบ ดร.02)	29
แบบ ศพส.01	31
แบบ ศพส.02	32

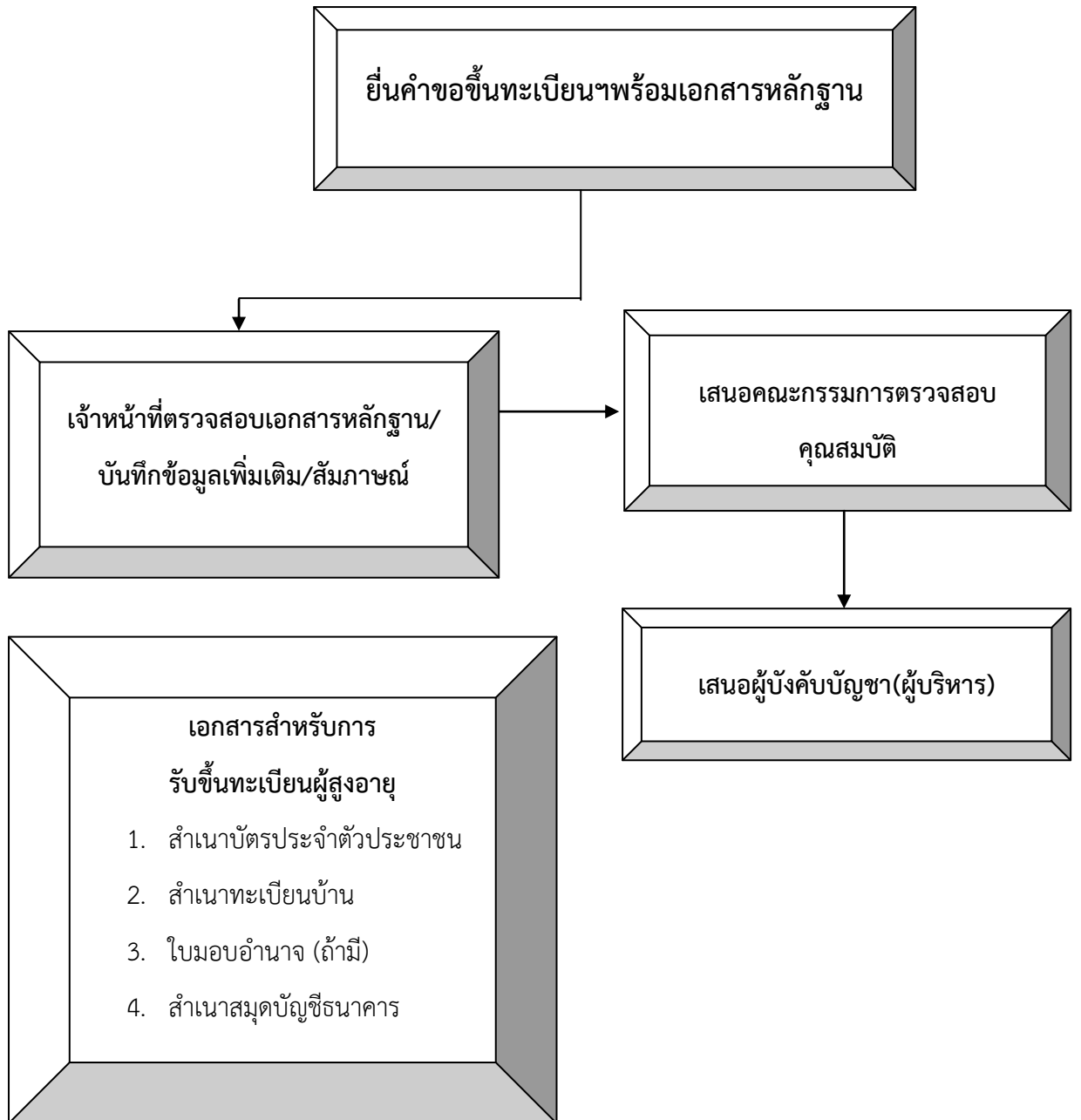
ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม “แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ”

- บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตร อื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ
ที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนา
- ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อม สำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดง
ชื่อ และเลขที่บัญชี)

หมายเหตุ : ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจ
มอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้
โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับ อบต.ร่วมจิต พร้อมสำเนา
บัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

แผนผังแสดงขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ



ระยะเวลาดำเนินการ ไม่เกิน 5 นาที

(ตัวอย่าง)

แนวทางการรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ 2566

วัน เดือน ปี เกิด	เดือนที่เริ่มรับเงิน	หมายเหตุ
เกิดก่อน 2 กันยายน 2506 2 - 30 กันยายน 2506 1 ตุลาคม 2506	ตุลาคม 2566	งบ 2567
2 - 31 ตุลาคม 2506 1 พฤศจิกายน 2506	พฤศจิกายน 2566	งบ 2567
2 - 30 พฤศจิกายน 2506 1 ธันวาคม 2506	ธันวาคม 2566	งบ 2567
2 - 31 ธันวาคม 2506 1 มกราคม 2507	มกราคม 2567	งบ 2567
2-31 มกราคม 2507 1 กุมภาพันธ์ 2507	กุมภาพันธ์ 2567	งบ 2567
2 - 28 กุมภาพันธ์ 2507 1 มีนาคม 2507	มีนาคม 2567	งบ 2567
2 - 31 มีนาคม 2507 1 เมษายน 2507	เมษายน 2567	งบ 2567
2 - 30 เมษายน 2507 1 พฤษภาคม 2507	พฤษภาคม 2567	งบ 2567
2 - 31 พฤษภาคม 2507 1 มิถุนายน 2507	มิถุนายน 2567	งบ 2567
2 - 30 มิถุนายน 2507 1 กรกฎาคม 2507	กรกฎาคม 2567	งบ 2567
2 - 31 กรกฎาคม 2507 1 สิงหาคม 2507	สิงหาคม 2567	งบ 2567
2 - 31 สิงหาคม 2507 1 กันยายน 2507	กันยายน 2567	งบ 2567

หมายเหตุ : กรณีย้ายมาจาก อปท.อื่น จะได้รับเบี้ยยังชีพ เดือนตุลาคม 2566 (ปีงบประมาณ 2567) หากเกิดวันที่ 2 กันยายน 2507 เป็นต้นไป ให้มาลงทะเบียน ภายในเดือนพฤศจิกายน เพื่อขอรับเบี้ยในปีงบประมาณ 2567 (เริ่มรับตุลาคม 2566)

การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได สำหรับผู้สูงอายุ

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับในปัจจุบัน (ปี) การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ คิดใน อัตราเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได แบบ “ขั้นบันได” หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ ออกเป็นช่วง ๆ หรือเป็นขั้น ขึ้นไปเรื่อย ๆ โดยเริ่ม ตั้งแต่อายุ 60 ปี

โดยคำนวณตามปีงบประมาณ มิใช่ปีปฏิทินและไม่มีการเพิ่มของอายุระหว่างปี ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือนสำหรับผู้สูงอายุ

(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 ”

- บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริม
คุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับจริง
- ทะเบียนบ้าน
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อ และเลขที่บัญชี)

หมายเหตุ : กรณีที่คนพิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจ
เป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทน แต่ต้องนำหลักฐาน
ของคนพิการ และคนดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย คนพิการที่เป็น
ผู้สูงอายุสามารถลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ด้วย

ขั้นตอนการยื่นคำขอ(มีบัตรคนพิการ) และต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

สามารถยื่นเรื่องผ่าน 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. รูปภาพ / หรือไฟล์รูปภาพ ของคนพิการ หน้าตรงไม่สวมแว่น ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป
5. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอขึ้นทะเบียนแทน) พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ



กรอกข้อมูลตามแบบฟอร์ม แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ



เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร



จัดส่งเอกสารไปยัง พมจ.เพื่อขอทำบัตรประจำตัวคนพิการ

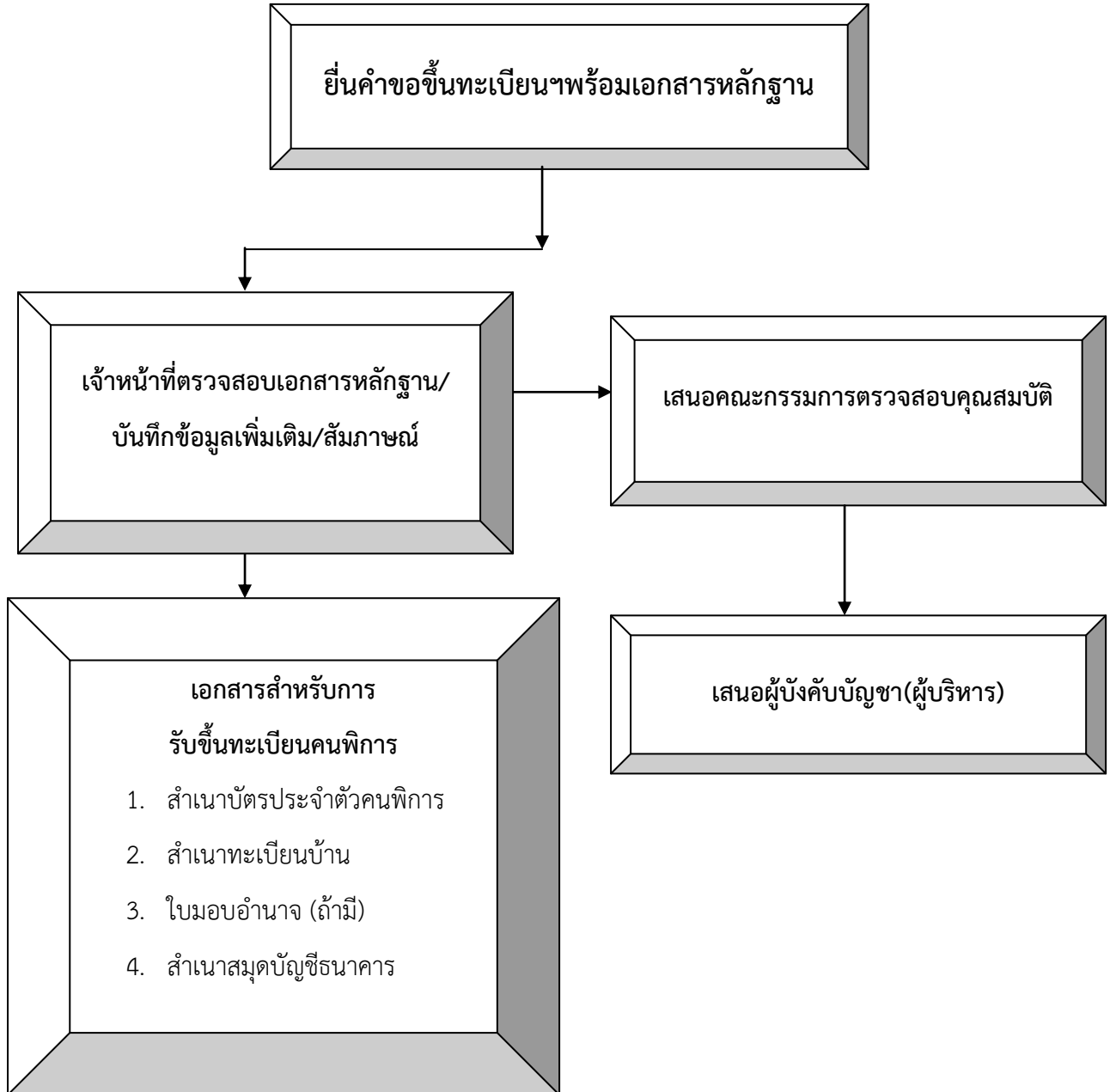


รับบัตรประจำตัวคนพิการ



ดำเนินการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ

แผนผังแสดงขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนคนพิการ



ระยะเวลาดำเนินการ ไม่เกิน 5 นาที

การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ

การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ สามารถติดต่อได้ที่ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลร่วมจิต หรือ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุตรดิตถ์(ศาลากลางจังหวัดอุตรดิตถ์ ชั้น 1) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

เอกสารหลักฐาน

- บัตรประจำตัวคนพิการ(ตัวจริง)
- รูปถ่ายคนพิการครึ่งตัวหน้าตรงไม่สวมหมวกไม่ใส่แว่นไม่ใส่หน้ากากอนามัย
- สำเนาบัตรประชาชน 1 ใบ
- สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ใบ

ผู้ดูแลคนพิการ(คนเดิม)

- สำเนาบัตรประชาชน 1 ใบ (เขียนยินยอมเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ)
- สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ใบ

ผู้ดูแลคนพิการ(คนใหม่)

- สำเนาบัตรประชาชน 1 ใบ
- สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ใบ

** หากอยู่คนละบ้านเลขที่ต้องมีหนังสือรับรองผู้ดูแลคนพิการพร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ

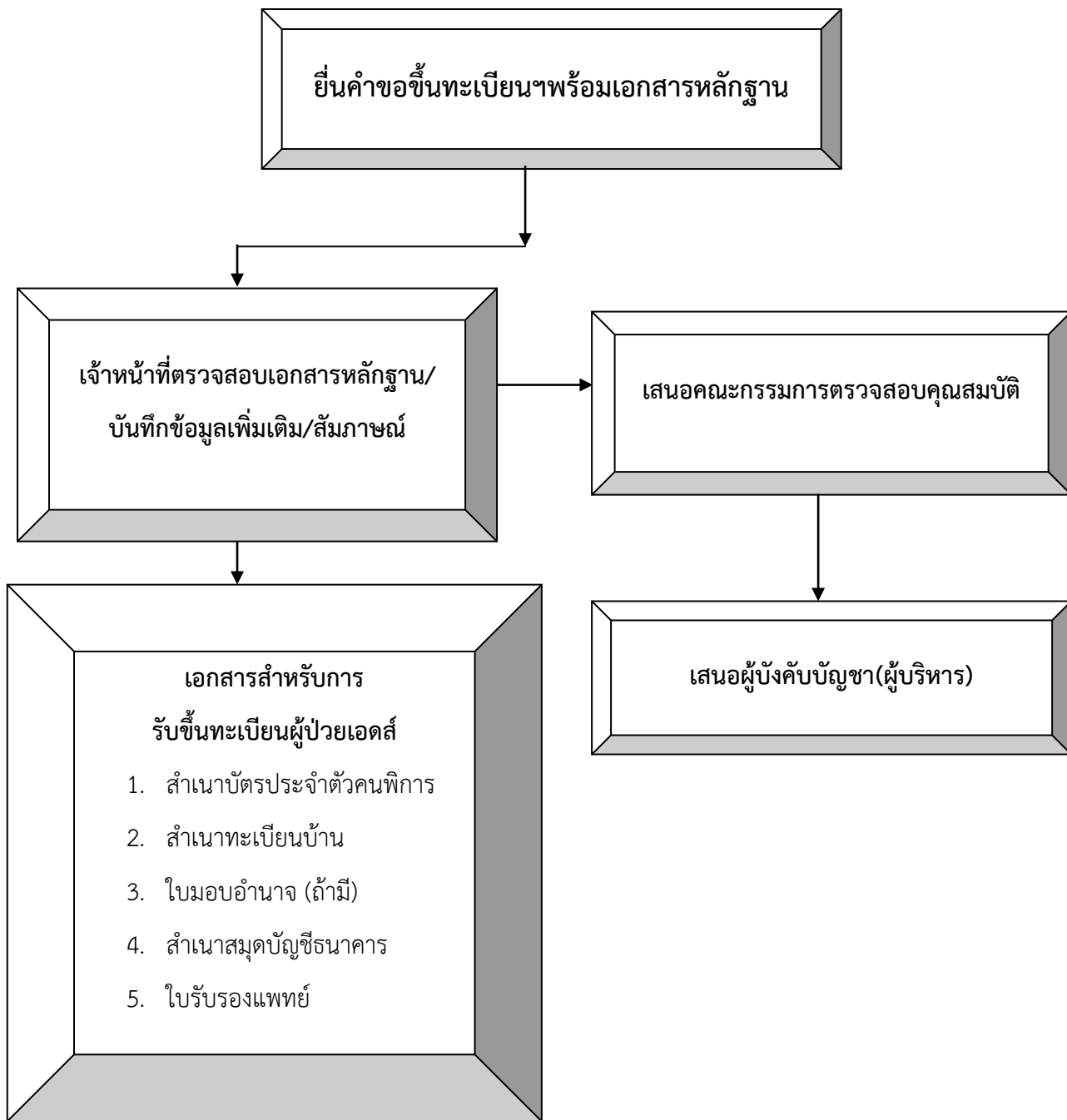
การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

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 ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้องแจ้งให้ งานพัฒนาชุมชนทราบภายใน 7 วัน

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

แผนผังแสดงขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์



ระยะเวลาดำเนินการ ไม่เกิน 5 นาที

การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ

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

ขั้นตอนการลงทะเบียน โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

1. ผู้ปกครองสามารถยื่นลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในท้องถิ่นที่เด็กแรกเกิดได้พักอาศัยอยู่จริง หรือยื่นคำร้องขอลงทะเบียนผ่านแอปพลิเคชัน D.DOPA ก่อนพร้อมแนบเอกสารในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์
2. ผู้ปกครองที่ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนฯ ซึ่งไม่มีสัญชาติไทย แต่เด็กมีสัญชาติไทยให้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนที่กรมกิจการเด็กและเยาวชน หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด
3. ผู้ปกครองที่ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนฯ จะต้องดำเนินการลงทะเบียนใช้บริการพร้อมเพย์ PromptPay โดยการผูกเลขประจำตัวประชาชน กับบัญชีเงินฝากธนาคาร (บัญชีออมทรัพย์)

ขั้นตอนการลงทะเบียน

1. ผู้ปกครอง ยื่นเอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียน ณ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลร่วมจิต หรือลงทะเบียนผ่านแอปพลิเคชัน “เงินเด็ก” และยืนยันตัวตนผ่านแอปพลิเคชัน D.DOPA ก่อน พร้อมแนบเอกสารในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์
2. เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร,คุณสมบัติ
3. บันทึกข้อมูลลงในระบบ
4. ดึงข้อมูลติดประกาศทุกวันที่ 1 และ วันที่ 16 ของทุกเดือน
5. จัดส่งเอกสารการลงทะเบียนพร้อมหลักฐานประกอบ ให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานี เมื่อติดประกาศครบ 15 วัน

คุณสมบัติเด็กแรกเกิดที่มีสิทธิ

- 1) มีสัญชาติไทย (พ่อแม่มีสัญชาติไทย หรือพ่อ หรือแม่มีสัญชาติไทย)
- 2) เด็กที่มีอายุไม่เกิน 6 ปี
- 3) อาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย
- 4) ไม่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของหน่วยงานของรัฐ หรือเอกชน

คุณสมบัติผู้ปกครองที่มีสิทธิลงทะเบียน

- 1) มีสัญชาติไทย
- 2) เป็นบิดา มารดา หรือบุคคลอื่นที่เป็นผู้เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
- 3) เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วย
- 4) อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย หรือครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี โดยสมาชิกต้องมีความสัมพันธ์ทางเครือญาติหรือการสมรส หรืออยู่กินกันฉันสามีภรรยา หรือด้วยเหตุอื่นตามกฎหมาย และสมาชิกต้องอาศัยอยู่จริงในครัวเรือนติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 180 วัน ในรอบปีที่ผ่านมา แต่ไม่นับรวมลูกจ้าง ครัวเรือน

กรณีผู้ปกครองไม่มีสัญชาติไทย แต่เด็กมีสัญชาติไทย

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

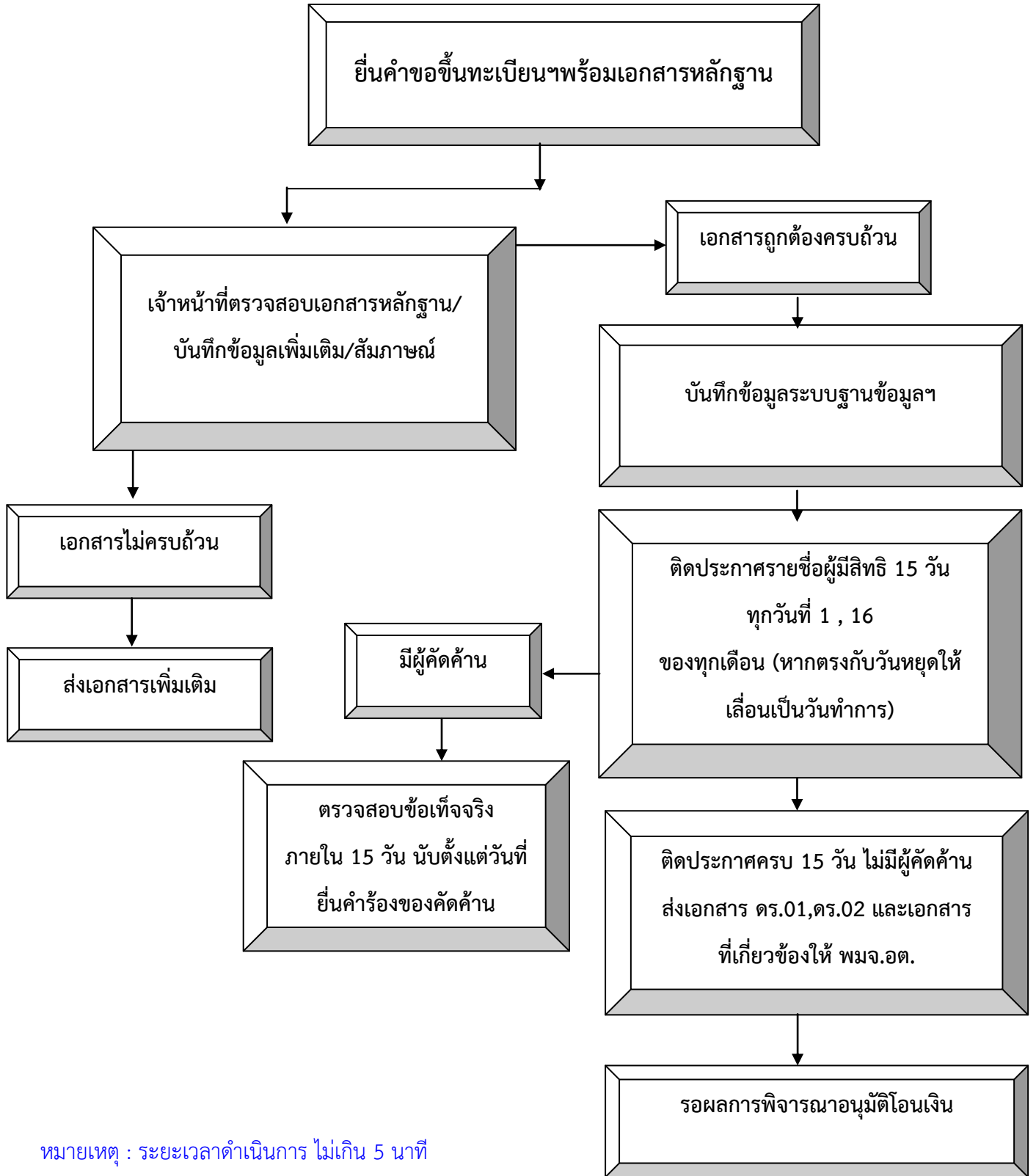
เอกสารประกอบการลงทะเบียน

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

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 หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล
หรือประธานชุมชน เป็นผู้ออกหนังสือรับรอง ตามแบบที่อธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุกำหนด

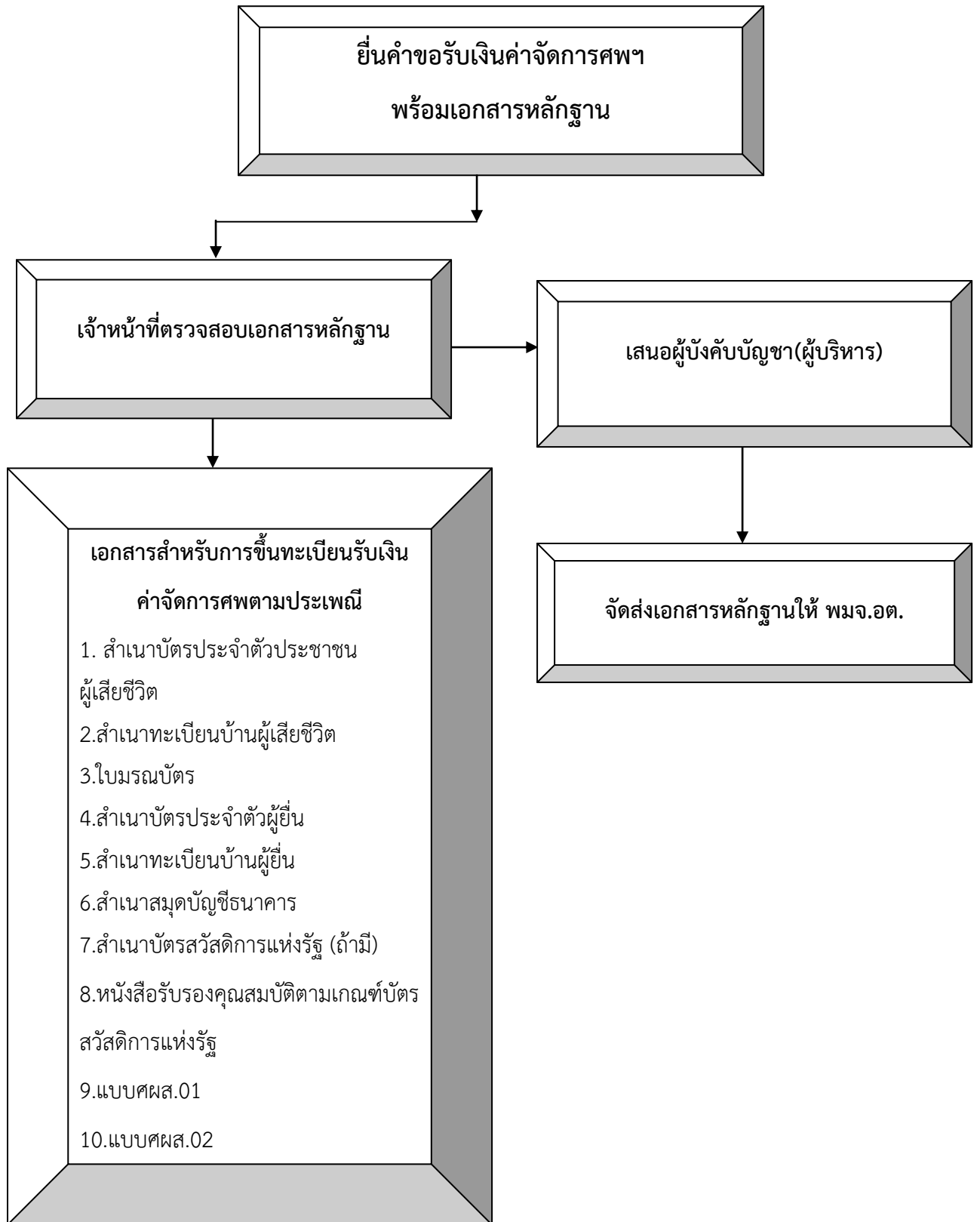
ขั้นตอนการยื่นขอรับเงินค่าจัดการศพตามประเพณี

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

เอกสารประกอบการยื่นขอรับเงินค่าจัดการศพตามประเพณี

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

แผนผังแสดงขั้นตอนการยื่นขอรับเงินค่าจัดการศพตามประเพณี



หมายเหตุ : ระยะเวลาดำเนินการ ไม่เกิน 5 นาที

การกู้ยืมเงินทุนโครงการเศรษฐกิจชุมชน

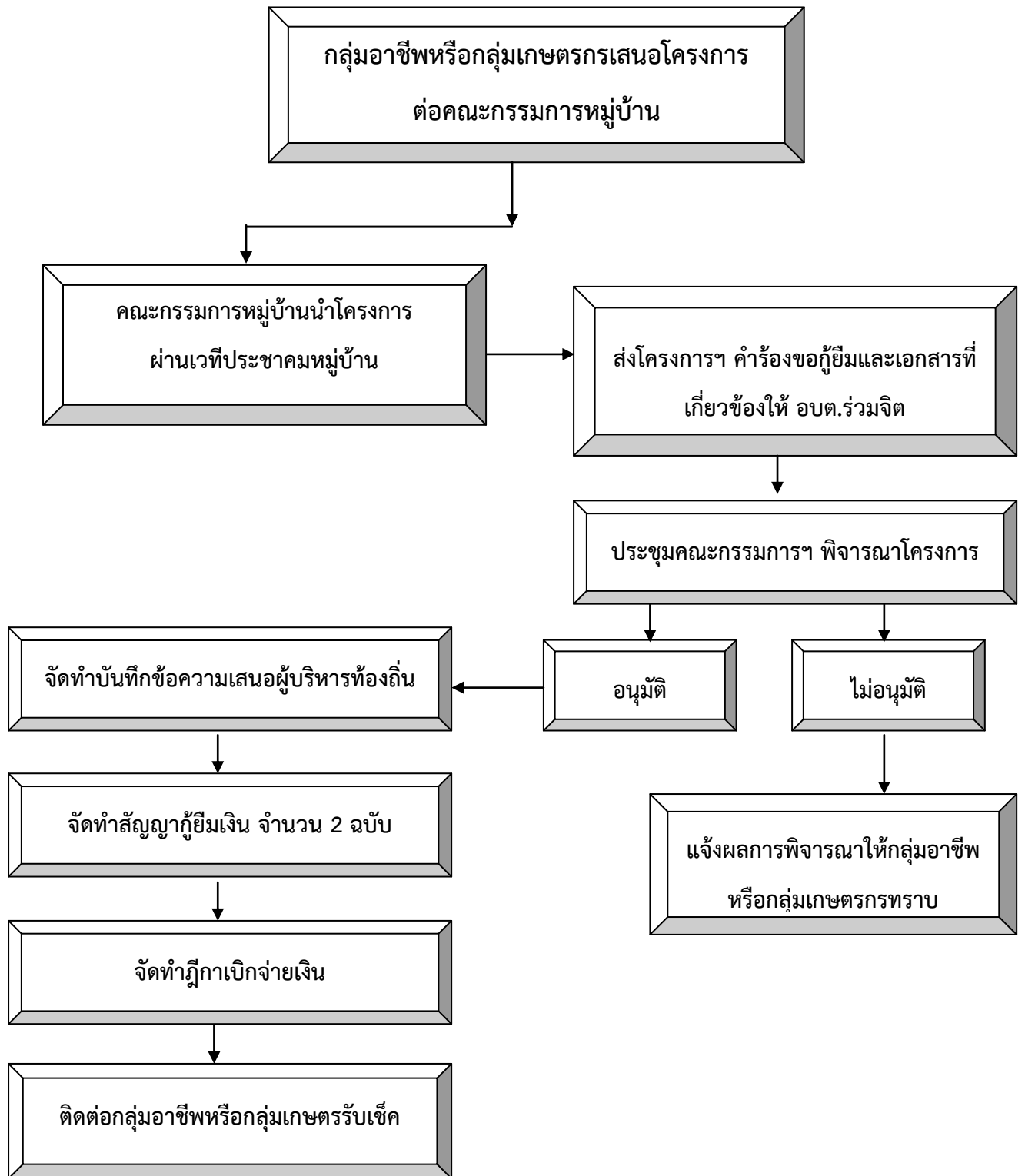
หลักเกณฑ์และขั้นตอนการกู้ยืมเงิน

1. กลุ่มอาชีพหรือกลุ่มเกษตรกร เสนอโครงการผ่านคณะกรรมการหมู่บ้าน และคณะกรรมการหมู่บ้านให้การรับรองว่ากลุ่มอาชีพหรือกลุ่มเกษตรกรที่มีภูมิลำเนาอยู่ในหมู่บ้านนั้นจริง
2. คณะกรรมการหมู่บ้านนำโครงการที่กลุ่มอาชีพหรือกลุ่มเกษตรกรเสนอผ่านเวทีประชาคมหมู่บ้านร่วมกันพิจารณา หากมีกลุ่มอาชีพหรือกลุ่มเกษตรกรยื่นเสนอขอกู้ยืมเงินทุนมากกว่าหนึ่งกลุ่ม ให้พิจารณาจัดเรียงลำดับความสำคัญ ตามความจำเป็นและความเหมาะสมของโครงการ ทั้งนี้ให้แล้วเสร็จภายในสัปดาห์วันนับแต่วันที่ได้รับโครงการ
3. ให้คณะกรรมการหมู่บ้านนำโครงการที่ผ่านการพิจารณาจากเวทีประชาคมหมู่บ้าน ส่งให้คณะกรรมการบริหารเงินทุนตามโครงการเศรษฐกิจชุมชนพิจารณา
4. คณะกรรมการบริหารเงินทุนตามโครงการเศรษฐกิจชุมชนพิจารณาอนุมัติให้กลุ่มอาชีพหรือกลุ่มเกษตรกรยืมเงินทุนตามโครงการที่เสนอมาเฉพาะโครงการที่มีวงเงินไม่เกิน 100,000 บาท โดยมีเงินสมทบร้อยละ 30 ของวงเงินงบประมาณโครงการ เว้นแต่จะเห็นว่าเป็นโครงการที่มีประโยชน์อย่างยิ่งต่อกลุ่มอาชีพหรือกลุ่มเกษตรกร มีความเป็นไปได้สูง และไม่มีความเสี่ยงกับเงินที่กู้ยืมว่าจะสูญไป โครงการดังกล่าวจะไม่มีเงินสมทบก็ได้
5. โครงการของกลุ่มอาชีพหรือกลุ่มเกษตรกรที่คณะกรรมการบริหารเงินทุนตามโครงการเศรษฐกิจชุมชนพิจารณาอนุมัติแล้ว จัดทำบันทึกข้อความเสนอนายกองค์การบริหารส่วนตำบลร่วมจัดเตรียมการเบิกจ่ายเงินให้กลุ่มอาชีพหรือกลุ่มเกษตรกรต่อไป

เอกสารหลักฐานประกอบการกู้ยืมเงิน

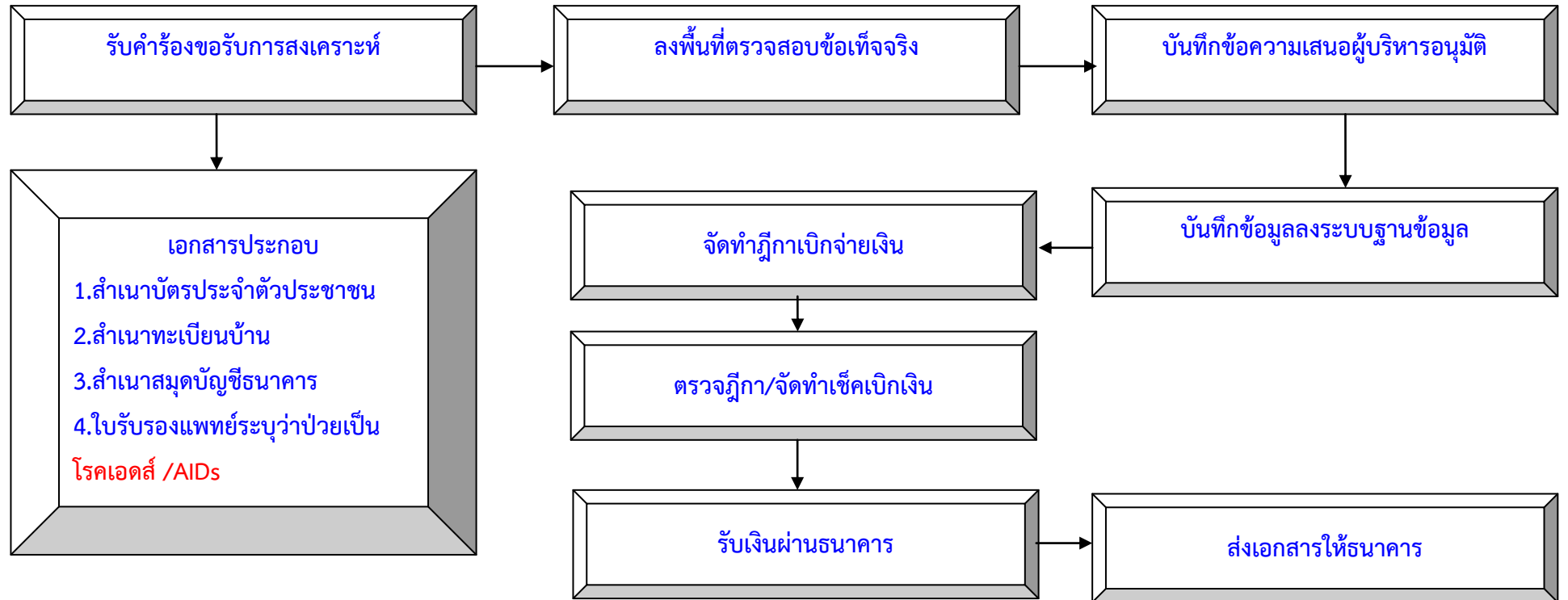
- | | |
|--|--------------|
| 1. เอกสารการจัดตั้งกลุ่ม | จำนวน 1 ฉบับ |
| 2. แบบเสนอโครงการ | จำนวน 1 ชุด |
| 3. คำร้องขอกู้ยืมเงิน | จำนวน 1 ชุด |
| 4. ทะเบียนรายชื่อสมาชิกกลุ่ม | จำนวน 1 ฉบับ |
| 5. สำเนาบันทึกการประชุมประชาคมหมู่บ้าน | จำนวน 1 ชุด |
| 6. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารกลุ่ม | จำนวน 1 ฉบับ |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

แผนผังแสดงขั้นตอนการดำเนินงานโครงการเศรษฐกิจชุมชน



ภาคผนวก

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การเบิก-จ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์)



ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๗

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

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

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ตัวข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....
 เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนา
 ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
 ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

- ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์
 ได้รับเงินเบี้ยหวัด/บำนาญ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๓ วิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ทะเบียนบ้าน
 สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
 บัญชีเงินฝากธนาคาร.....บัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

"ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ณ วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ"

"ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ"

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ



แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ



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

- ขอมีบัตรครั้งแรก
 ขอมีบัตรเนื่องจาก
 บัณฑิตจบต้ออายุ 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 หย่า

๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก/ซอย..... ถนน.....

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

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

มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....

๑.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก/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.)

อนุเบญจมาศ 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 รายได้จากการทำงานประกอบอาชีพของคนพิการ.....บาท/เดือน

๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว).....บาท

๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี).....คน

- ๒ -

๓.๑๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

- ทางการเดิน ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
 ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ทางสติปัญญา ทางการเรียนรู้ ทางอหิสติก

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 บิดมารดา บุตร สามเณรหรือภรรยา 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 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..... /.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการองค์การบริหารส่วนตำบลร่วมจิต

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

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลร่วมจิต

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 ร่วมจิต อำเภอท่าปลา

จังหวัดอุตรดิตถ์ รหัสไปรษณีย์ ๕๓๑๑๐๐ โทรศัพท์.....

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

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่

เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

 ได้รับเงินเบี้ยผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ 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 และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

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

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

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว</p> <p>.....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน</p> <p><input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มิคุณสมบัติครบถ้วน</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p style="text-align: center;">เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลร่วมจิต</p> <p>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p style="text-align: center;">(ลงชื่อ).....</p> <p style="text-align: center;">(นายนิธินท์ เมืองท่อม)</p> <p style="text-align: center;">นายกองค์การบริหารส่วนตำบลร่วมจิต</p> <p style="text-align: center;">วัน/เดือน/ปี.....</p>	

(ข้อความรอยเส้นประ ใช้กรณีการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเกินไว้.....)

ทะเบียนเลขที่..... /.....

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยจะได้รับเงินเบี้ย
ความพิการ ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ..... ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๓๐ ของทุกเดือน
กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนา(ทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ องค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่โดยทันที ทั้งนี้เพื่อการรักษาสีห์ให้ต่อเนื่อง

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

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปโดยหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

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

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)



แบบคำร้องขอลงทะเบียน
เพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ปีงบประมาณ

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.....

3. ช่องทางการรับเงินอุดหนุน เลือกเพียง 1 ธนาคาร (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องของลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

- ธนาคารกรุงไทย ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ ธนาคาร อภ.ส.ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ ธนาคาร ออมสิน ประเภทบัญชี เงินฝากออมทรัพย์
 ชื่อบัญชี _____ เลขที่บัญชี _____

4. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- 4.1 แบบคำร้องของลงทะเบียน (คร.01)
 4.2 แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (คร.02)
 4.3 สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
 4.4 หนังสือรับรองรายได้หรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่มีรายได้ประจำเป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท) จำนวน.....ใบ (ถ้ามี)
 4.5 เอกสาร หรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรหรือเอกสารอื่นใดที่แสดงสถานะหรือตำแหน่งของผู้รับรองคนที่ 1 และผู้
 รับรองคนที่ 2
 4.6 สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
 (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องของลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ยื่นขึ้นนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของ
 ข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ยินยอมให้นำข้อมูลในบัตรประจำตัวประชาชนหรือภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อ
 ตรวจสอบสถานะบุคคลในฐานะข้อมูลลงทะเบียนราษฎร ข้อมูลทางการเงินและทรัพย์สิน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ
 ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินในส่วนที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิ หรือยินยอมให้หักจากสวัสดิการอื่น หรือหักจากบัญชีเงินฝากธนาคารของข้าพเจ้าได้
 ในการนี้ข้าพเจ้ายินยติรับข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็กผ่านช่องทางต่าง ๆ

(ลงชื่อ) _____ ผู้ลงทะเบียน (ลงชื่อ) _____ ผู้รับลงทะเบียน
 (_____) (_____)
 วันที่ลงทะเบียน _____ ตำแหน่ง _____
 วันที่ลงทะเบียน _____

ติดต่อขอรับ

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)

- แบบคำร้องของลงทะเบียน (คร.01)
 แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (คร.02)
 สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
 หนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ
 พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท หรือผู้มีรายได้ประจำ) จำนวน.....ใบ
 เอกสาร หรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรอง
 คนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2
 สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องของ
 ลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

(ลงชื่อ) _____ เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน

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 style="text-align: right;">(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 1 (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....</p> <p>หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 1 : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมืองพัทยา อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการชุมชน ประธานชุมชน ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ ต้องไม่เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน และผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลในครัวเรือนที่มีรายได้เฉลี่ยของเด็กแรกเกิด</p> <p>ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ ต้องไม่เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน และผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลในครัวเรือนที่มีรายได้เฉลี่ยของเด็กแรกเกิด</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 style="text-align: right;">(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 2 (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....</p> <p>หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 2 : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมืองพัทยา อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการชุมชน ประธานชุมชน ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ</p> <p>ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ ต้องไม่เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน และผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลในครัวเรือนที่มีรายได้เฉลี่ยของเด็กแรกเกิด</p>



แบบ ศสส. 01

แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

เขียนที่

วัน เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ 1 : สำหรับผู้ยื่นขอรับเงินสงเคราะห์ จัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

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

มีความเกี่ยวข้องกับศพผู้สูงอายุที่ตายในฐานะเป็น และเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุ โดยได้รับความยินยอมจากบิดา/มารดา/บุตร/พี่น้อง/เครือญาติ/ของผู้สูงอายุที่ตายให้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์จัดการศพของผู้สูงอายุที่ตาย ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน 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 และข้าพเจ้าไม่เคยได้รับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุรายนี้มาก่อน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่ / /

ส่วนที่ 2 ขอลอผู้ให้การรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

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 ศษท.02

**แบบรับรองการมีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ
แต่ยังไม่มียังไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียนบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ**

เขียนที่

วัน เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว) ตำแหน่ง

สังกัดหน่วยงาน อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ออกให้โดย

วันออกบัตร วันหมดอายุ อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน

ครอบครัว/ซอย ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

โทรศัพท์มือถือ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้สูงอายุที่ตายชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี
มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ แต่ยังไม่มียังไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียนบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและข้อมูลในบัตรประชาชนหรือภาพถ่ายใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้แก่หน่วยงานของรัฐและยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถามและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาจัดสรรสวัสดิการและหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินตามกฎหมายของรัฐ และหรือเพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้ถือว่าคู่ฉบับและบรรดาสำเนาภาพถ่าย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสารที่สร้างขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้าเช่นเดียวกัน

(ลงชื่อ)ผู้รับรอง

.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่ / /

หมายเหตุ : ผู้ดำเนินการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองการบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน เป็นผู้ให้การรับรองผู้สูงอายุที่ตาย โดยผู้ยื่นสำเนาและผู้รับรอง ต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน