



คู่มือปฏิบัติงาน ด้านสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์

งานสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม
องค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา
โทร./โทรสาร ๐-๔๕๘๒-๖๖๒๘



สัญลักษณ์ผู้สูงอายุ



สัญลักษณ์คนพิการ



สัญลักษณ์วันเอดส์โลก

คำนำ

องค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง กองสวัสดิการสังคม งานสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์ คนไร้ที่พึ่ง และผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับภาคประชาชน ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็ว ถูกต้อง และอำนวยความสะดวกในการขอรับบริการในเรื่องต่างๆ องค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง จึงได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานของนักพัฒนาชุมชน ขึ้นตามกรอบการปฏิบัติราชการ ขององค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์ คนไร้ที่พึ่ง ผู้ด้อยโอกาสทางสังคม และภาคประชาชน มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิที่พึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการ ต่อไป

นางสมพวง ดวนสูง
นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ
งานสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม
องค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง

บทนำ

๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญในการจัดทำคู่มือ

คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual) เป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่งในการทำงาน ทั้งระดับหัวหน้างาน และผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นการจัดทำรายละเอียดของการทำงานในหน่วยงานนั้น ๆ อย่างเป็นระบบและครบถ้วน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลายประการเช่น การสอนงาน การตรวจงาน ตรวจสอบการทำงาน การควบคุมงาน การติดตามงาน และการประเมินผลการปฏิบัติงาน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานขององค์กร เปรียบเสมือนแผนที่บอกเส้นทางการทำงานที่มีจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดมีคำอธิบายตามที่จำเป็นเพื่อให้ ผู้ปฏิบัติงานใช้อ้างอิงมิให้เกิดความผิดพลาดในการทำงาน

การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานถือเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานตามแนวทาง ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ที่มุ่งไปสู่การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรอย่างมี ประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อให้การทำงานของส่วนราชการได้มาตรฐานเป็นไปตามเป้าหมาย ได้ผลิตผลหรือการบริการที่มี คุณภาพ เสร็จรวดเร็วทันตามกำหนดเวลานัดหมาย มีการทำงานปลอดภัย และไม่สร้างมลพิษแก่ชุมชน

๑.๒ วัตถุประสงค์

๑. เพื่ออธิบายขั้นตอนรายละเอียดของกระบวนการงานในความรับผิดชอบของ งานสวัสดิการชุมชนและสังคมสงเคราะห์ ให้ผู้ปฏิบัติงานทราบและเข้าใจว่าควรปฏิบัติงานอย่างไร เมื่อใด กับใคร และควรทำอะไรก่อนและหลังโดยมีเอกสารอ้างอิงในการปฏิบัติงาน

๒. เพื่อให้การปฏิบัติงานของ งานสวัสดิการชุมชนและสังคมสงเคราะห์ขององค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ยาง มีแนวทางการปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกันและเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ได้ผลิตผลหรือการบริหาร ที่มีคุณภาพ เสร็จ รวดเร็วทันตามกำหนดเวลานัดหมาย

๓. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานด้านพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคมหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานดังกล่าวรวมทั้ง ผู้ที่สนใจใฝ่รู้ได้ทราบแนวทางการปฏิบัติงานของสวัสดิการชุมชนและสังคมสงเคราะห์ การติดต่อประสานงานและสามารถนำไปใช้เป็นสื่อในการประชาสัมพันธ์ต่างๆ

๔. เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับผู้บริหารใช้ในการทบทวนและตรวจติดตามงานได้ทุกขั้นตอน

๑.๓ ขอบเขต

คู่มือการปฏิบัติงานฯ ฉบับนี้ครอบคลุมขั้นตอนการปฏิบัติงานของกองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ยาง เฉพาะกระบวนการให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายต่างๆ ตามระเบียบฯ กฎหมายที่กำหนด ได้กำหนดขอบเขตของกระบวนการในการพิจารณาผู้ขอรับความช่วยเหลือจากผู้ที่อาศัยในเขตพื้นที่และมีทะเบียนบ้านอยู่ในเขต องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ยาง

๑.๔ กรอบแนวคิด

กระบวนการให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์ด้านต่างๆ

๑)กระบวนการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑) กระบวนการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ผู้เกี่ยวข้อง	ความต้องการ	
ผู้รับบริการ - ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	ได้รับเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดตามสิทธิพึงได้รับทุกเดือน	
ผู้มีส่วนได้เสีย - ผู้ดูแลผู้สูงอายุ - ผู้รับมอบอำนาจรับเงิน	ได้รับเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดตามสิทธิพึงได้รับทุกเดือน	
ข้อกำหนดด้านกฎหมาย	ประสิทธิภาพของกระบวนการ	ความคุ้มค่า
- ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ แก้ไขเพิ่มเติมถึง พ.ศ. ๒๕๖๖ - พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ หนังสือสำนักการคลัง ที่ กท ๑๓๐๘/๒๕๗๑ ลว ๑๗ เมษายน ๒๕๕๘ เรื่อง เห็นชอบหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการดำเนินการเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ - หนังสือกระทรวงมหาดไทยด่วนที่สุดที่ มท ๐๘๑๐.๖ /ว ๕๗๔๔ ลว ๒๗ กันยายน ๒๕๖๒ เรื่อง ชักซ้อมแนวทางการรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ - หนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุดที่ มท ๐๘๑๐.๖/ว ๕๔๓๕ ลว ๑๒ กันยายน ๒๕๖๒ เรื่อง ชักซ้อมแนวทางการปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒ - หนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุดที่ มท ๐๘๑๐.๖/ว ๙๐๒๙ ลว ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๖ เรื่อง ชักซ้อมแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖	- ผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพเป็นประจำทุกเดือน - จ่ายเป็นเงินสด โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - โอนเข้าบัญชี โฉกรรรมบัญชีกลาง	ผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเงินครบถ้วน ถูกต้อง

๒) กระบวนการจ่ายเงินเบี้ยความพิการ

ผู้เกี่ยวข้อง	ความต้องการ	
ผู้รับบริการ - คนพิการ	ได้รับเงินเบี้ยยังชีพแบบอัตราเดียวทุกประเภทความพิการตามสิทธิพึงได้รับทุกเดือน	
ผู้มีส่วนได้เสีย - ผู้ดูแลคนพิการ - ผู้รับมอบอำนาจรับเงิน	ได้รับเงินเบี้ยยังชีพแบบอัตราเดียวทุกประเภทความพิการตามสิทธิพึงได้รับทุกเดือน	
ข้อกำหนดด้านกฎหมาย	ประสิทธิภาพของกระบวนการ	ความคุ้มค่า
- ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ แก้ไขเพิ่มเติมถึง ฉบับที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๖๒ - มติคณะรัฐมนตรีเห็นชอบมติจากการประชุมคณะกรรมการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติเพิ่มเงินเบี้ยความพิการ วันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๘ - หนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุดที่ มท ๐๘๑๐.๖/ว ๕๔๓๕ ลว ๑๒ กันยายน ๒๕๖๒ เรื่อง ชักซ้อมแนวทางการปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒	- คนพิการได้รับเบี้ยยังชีพเป็นประจำทุกเดือน - จ่ายเป็นเงินสด โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - โอนเข้าบัญชี โคกรมบัญชีกลาง	คนพิการที่มีสิทธิได้รับเงินครบถ้วน ถูกต้อง

๓) กระบวนการจ่ายเงินเบี้ยผู้ป่วยเอดส์

ผู้เกี่ยวข้อง	ความต้องการ	
ผู้รับบริการ - ผู้ป่วยเอดส์	ได้รับเงินเบี้ยยังชีพแบบอัตราเดียวตามสิทธิที่พึงได้รับทุกเดือน	
ผู้มีส่วนได้เสีย - ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ - ผู้รับมอบอำนาจรับเงิน	ได้รับเงินเบี้ยยังชีพแบบอัตราเดียวตามสิทธิที่พึงได้รับทุกเดือน	
ข้อกำหนดด้านกฎหมาย	ประสิทธิภาพของกระบวนการ	ความคุ้มค่า
- ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘	- ผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพเป็นประจำทุกเดือน - จ่ายเป็นเงินสด/โอนเข้าบัญชี โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	ผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินครบถ้วนถูกต้อง

๑.๕ ประโยชน์ของการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน

ประโยชน์ของคู่มือการปฏิบัติงานที่มีต่อองค์กรและผู้บังคับบัญชา

๑. การกำหนดจุดสำเร็จและการตรวจสอบผลงานและความสำเร็จของหน่วยงาน
๒. เป็นข้อมูลในการประเมินค่างานและจัดอันดับตำแหน่งงาน
๓. เป็นคู่มือในการสอนงาน
๔. การกำหนดหน้าที่การงานชัดเจนไม่ซ้ำซ้อน
๕. การควบคุมงานและการติดตามผลการปฏิบัติงาน
๖. เป็นคู่มือในการประเมินผลการปฏิบัติงาน
๗. การวิเคราะห์งานและปรับปรุงงาน
๘. ให้ผู้ปฏิบัติงานศึกษางานและสามารถทำงานทดแทนกันได้
๙. การวางแผนการทำงาน และวางแผนกำลังคน
๑๐. ผู้บังคับบัญชาได้ทราบขั้นตอนและสายงานทำให้บริหารงานได้ง่ายขึ้น
๑๑. สามารถแยกแยะลำดับความสำคัญของงาน เพื่อกำหนดระยะเวลาทำงานได้
๑๒. สามารถกำหนดคุณสมบัติของพนักงานใหม่ที่จะรับได้ง่ายขึ้นและตรงมากขึ้น
๑๓. ทำให้บริษัทสามารถปรับปรุงระเบียบแบบแผนการทำงานให้เหมาะสมยิ่งขึ้นได้
๑๔. ยุติความขัดแย้งและเสริมสร้างความสัมพันธ์ในการประสานระหว่างหน่วยงาน
๑๕. สามารถกำหนดงบประมาณและทิศทางการทำงานของหน่วยงานได้
๑๖. เป็นข้อมูลในการสร้างฐานข้อมูลของบริษัทต่อไปได้
๑๗. การศึกษาและเตรียมการในการขยายงานต่อไปได้
๑๘. การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายกับผลงานและปริมาณกำลังคนของหน่วยงานได้
๑๙. ผู้บังคับบัญชาบริหารงานได้สะดวก และรวดเร็วขึ้น
๒๐. เกิดระบบการบริหารงานโดยมีส่วนร่วมสำหรับผู้บังคับบัญชาคนใหม่ในการร่วมกันเขียนคู่มือ

ประโยชน์ของคู่มือการปฏิบัติงานที่มีต่อผู้ปฏิบัติงาน

๑. ได้รับทราบภาระหน้าที่ของตนเองชัดเจนยิ่งขึ้น
๒. ได้เรียนรู้งานเร็วขึ้นทั้งตอนที่เข้ามาทำงานใหม่/หรือตอนที่ย้ายงานใหม่
๓. ได้ทราบความคาดหวัง (Expectation) ของผู้บังคับบัญชาที่มีต่อตนเองชัดเจน
๔. ได้รับรู้ว่าผู้บังคับบัญชาจะใช้อะไรมาเป็นตัวประเมินผลการปฏิบัติงาน
๕. ได้เข้าใจระบบงานไปในทิศทางเดียวกันทั้งหน่วยงาน
๖. สามารถช่วยเหลืองานซึ่งกันและกันได้
๗. เข้าใจหัวหน้างานมากขึ้น ทำงานด้วยความสบายใจไม่เกี่ยงงานกัน
๘. รู้หน้าที่ของกันและกันทำให้เกิดความเข้าใจที่ดีต่อกัน
๙. ไม่ทราบจุดบกพร่องของงานแต่ละขั้นตอนเพื่อนำมาปรับปรุงงานได้
๑๐. ได้เรียนรู้งานของหน่วยงานได้ทั้งหมด ทำให้สามารถพัฒนางานของตนเองได้
๑๑. มีขั้นตอนในการทำงานที่แน่นอน ทำให้การทำงานได้ง่ายขึ้น
๑๒. รู้จักวางแผนการทำงานเพื่อให้ผลงานออกมาตามเป้าหมาย
๑๓. สามารถใช้เป็นแนวทางเพื่อการวิเคราะห์งานให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา
๑๔. สามารถแบ่งเวลาให้กับงานต่างๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
๑๕. รู้ขอบเขตสายการบังคับบัญชาทำงานให้การประสานงานง่ายขึ้น
๑๖. ได้เห็นภาพรวมของหน่วยงานต่างๆ ในฝ่ายงานเดียวกันเข้าใจงานมากขึ้น
๑๗. สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพราะมีสิ่งที่อ้างอิง
๑๘. ได้รับรู้ว่าตนเองต้องมีการพัฒนาอะไรบ้างเพื่อให้ได้ตามคุณสมบัติที่ต้องการ
๑๙. ได้เรียนรู้และรับทราบว่าเพื่อนร่วมงานทำอะไร เข้าใจกันและกันมากขึ้น
๒๐. ได้รับรู้ว่างานที่ตนเองทำอยู่นั้นสำคัญต่อหน่วยงานอย่างไร เกิดความภูมิใจ

๑.๖ บทบาทอำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล

จากบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. ๒๕๓๗ แก้ไขเพิ่มเติมถึงฉบับที่ ๖ พ.ศ. ๒๕๕๒ ส่วนที่ ๓ เรื่อง อำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล มาตรา ๖๖ องค์การบริหารส่วนตำบล มีหน้าที่ในการพัฒนาตำบล ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม และมาตรา ๖๗ ภายใต้บังคับแห่ง กฎหมาย องค์การบริหารส่วนตำบล มีหน้าที่ต้องทำในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล

๑. จัดให้มี และบำรุงรักษาทางน้ำและทางบก
๒. รักษาความสะอาดของถนน ทางน้ำ ทางเดิน และที่สาธารณะ รวมทั้งการจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล
๓. ป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อ
๔. ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
๕. ส่งเสริมการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม
๖. ส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และ ผู้พิการ
๗. คุ้มครอง ดูแล และ บำรุงรักษา ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
๘. บำรุงรักษาศิลปะ จารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่นและวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่น
๙. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ราชการมอบหมาย โดยจัดสรรงบประมาณ หรือบุคลากรให้ตามความจำเป็น

และสมควร

ตามประกาศโครงสร้างส่วนราชการและการแบ่งส่วนราชการภายใน ขององค์การบริหารส่วนตำบลโพน
ยาง ลงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๗ ได้กำหนดให้งานสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ มีหน้าที่รับผิดชอบ
เกี่ยวกับ

- งานสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์
- งานการพัฒนาชุมชน
- งานการจัดเก็บข้อมูลพื้นฐานของ องค์การบริหารส่วนตำบล จปฐ. กชช. ๒ค ตลอดจนข้อมูล/สถิติด้าน
อื่นๆ ของท้องถิ่น
- งานถ่ายโอนเงินสงเคราะห์ประเภทต่างๆ
- งานสภาเด็กและเยาวชน
- งานพัฒนาสตรีและเยาวชน
- งานส่งเสริมอาชีพและข้อมูลแรงงาน
- งานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

บทที่ ๒

วิธีการและขั้นตอนการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักตามคู่มือประชาชน

งานที่ให้บริการ การลงทะเบียนและยื่นคำร้องรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง
ขอบเขตการให้บริการ

- สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

๑. กองสวัสดิการสังคม โทร. ๐๔๕-๘๖๖๒๒๘

๒. ศาลาหมู่บ้าน ตามประกาศ อบต. กำหนด

- ระยะเวลาที่เปิดให้บริการ

เดือนมกราคม – เดือนธันวาคมของทุกปี ตั้งแต่วันจันทร์ – วันศุกร์ เว้นวันหยุดราชการ
ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ บริการไม่หยุดพักเที่ยง

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยืนยันสิทธิ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ แก้ไขเพิ่มเติมถึง พ.ศ. ๒๕๖๖ หมวด ๒ ข้อ ๗ บุคคลใดที่มีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ให้ยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยไม่ต้องลงทะเบียน และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอำนวยความสะดวกโดยการแจ้งไปยังผู้สูงอายุที่มีสิทธิ หากผู้สูงอายุมีความประสงค์ที่จะรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ให้ยืนยันสิทธิเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง
๓. มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้ยืนยันสิทธิขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง
๔. เป็นผู้ไม่มีรายได้หรือมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุกำหนด

ในการยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยวิธีใดหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๑. รับเงินสดด้วยตนเอง
๒. รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
๓. โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ
๔. โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการ

- ขั้นตอนการยืนยันสิทธิผู้สูงอายุ

๑. ผู้สูงอายุมาแสดงตนต่อเจ้าหน้าที่เพื่อยืนยันสิทธิพร้อมเอกสารหลักฐาน

๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง และตรวจสอบคุณสมบัติ สัมภาษณ์/บันทึกข้อมูล

เพิ่มเติม

๓. รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติเสนอผู้บริหารเพื่อจัดทำประกาศรายชื่อ

- ระยะเวลา

ไม่เกิน ๑๕ นาที/ราย ในการรับคำขอขึ้นทะเบียน (ข้อ๓. ภายในระยะเวลาที่กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นกำหนด)

- เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ กองสวัสดิการสังคม

๑. นางสาวกัญธนา สว่างภพ

๒. นางสาวพวง ดวนสูง

๓. นางวรรณีย์ สมจันทร์

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

๑. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย (ยังไม่หมดอายุ) พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

๒. ทะเบียนบ้านฉบับจริง พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนาจำนวน ๑ ฉบับ (กรณีแจ้งความประสงค์ ขอรับเงินผ่านบัญชีธนาคาร)

**** ในกรณีที่มีความจำเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาขึ้นทะเบียนได้ด้วยตนเองสามารถมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนแทนได้ โดยมีเอกสารประกอบเพิ่มเติม ดังนี้**

๑. หนังสือมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ

๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ

๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียมในการขอขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง โทรศัพท์ ๐-๔๕๘๒-๖๖๒๘

ตัวอย่างแบบฟอร์มแบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ทะเบียนเลขที่...../๒๕.....

แบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นแบบยืนยันสิทธิแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ขอยืนยันสิทธิ
ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
□ - □ □ □ □ - □ □ □ □ □ - □ □ - □ ที่อยู่.....
.....โทรศัพท์.....

เขียนที่.....
วันที่.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

ด้วยข้าพเจ้า (นาย /นาง /นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....
เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน
เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ที่ยื่นคำขอ □ - □ □ □ □ - □ □ □ □ □ - □ □ - □
สถานภาพสมรส □ โสด □ สมรส □ หม้าย □ หย่าร้าง □ แยกกันอยู่ □ อื่นๆ.....
รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

มีความประสงค์ ☐ ขอยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖)
☐ ไม่ขอรับสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ
☐ “ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ณ วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ”
☐ “ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นและยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ).....
(.....)

(ลงชื่อ).....
(.....)

ผู้ยืนยันสิทธิ/ผู้รับมอบอำนาจยืนยันสิทธิ

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบทะเบียน

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย / ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/ นาง/ นางสาว..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐ แล้ว ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติยืนยันสิทธิครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่รอตรวจสอบคุณสมบัติ ณ วันที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพ ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก..... (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายก องค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบ แล้วมีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรยืนยันสิทธิ ☐ ไม่สมควรยืนยันสิทธิ..... กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นางสาวกัญธนา สว่างภพ) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นายอภิสิทธิ์ พิมพ์สวัสดิ์) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นางสมพวง ดวนสูง)
คำสั่ง ☐ รับยืนยันสิทธิ ☐ ไม่รับยืนยันสิทธิ ☐ อื่น ๆ..... (ลงชื่อ)..... (นายสมชาย สีทา) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง วันที่ / เดือน / ปี.....	

ตัดตามรอยประให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....

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

การยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
ตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วน และตามช่วงระยะเวลาในการยืนยันสิทธิ โดยได้รับตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....เป็นต้นไป

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

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

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

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

เป็นผู้มีอำนาจ.....ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ.....แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

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

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....ประจำตัวประชาชน.....

เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....โพนยาง.....เขต/อำเภอ.....วังหิน.....

จังหวัด.....ศรีสะเกษ.....เบอร์โทร.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....ประจำตัวประชาชน.....

เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....เบอร์โทร.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน.....แทนข้าพเจ้า "ทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว" จนกว่า

จะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ เอกสารประกอบหนังสือมอบอำนาจ

1. สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ
2. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ
3. สำเนาบัญชีธนาคาร(กรณีโอนเข้าธนาคาร)

งานที่ให้บริการ การลงทะเบียนและยื่นคำร้องรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง

ขอบเขตการให้บริการ

- สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

๑. กองสวัสดิการสังคม อบต.โพนยาง โทร.๐-๔๕๘๒-๖๖๒๘

ระยะเวลาที่เปิดให้บริการ

วันจันทร์ – ศุกร์ เว้นวันหยุดราชการ ตลอดทั้งปีงบประมาณ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ บริการไม่
หยุดพักเที่ยง

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ ๔ พ.ศ.๒๕๖๒ กำหนดให้คนพิการที่มีบัตรประจำตัวคน
พิการ หรือคนพิการที่ย้ายทะเบียนบ้านมาอยู่ใหม่ภายในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง ให้มา
ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมากระทำการแทน ณ
องค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง เพื่อรับเบี้ยความพิการในเดือนถัดไปนับจากวันลงทะเบียน ผู้มีสิทธิจะได้รับ
เงินเบี้ยยังชีพความพิการ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

๑. มีสัญชาติไทย

๒. มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง

๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ซึ่งต้องได้
ลงทะเบียนและยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการต่อองค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง

๔. ไม่เป็นบุคคลที่อยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ คนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงิน
เบี้ยยังชีพความพิการโดยวิธีใดหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๑. รับเงินสดด้วยตนเอง

๒. รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

๓. โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

๔. โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการ

- ขั้นตอน

๑. คนพิการมาแสดงตนต่อเจ้าหน้าที่เพื่อยื่นคำขอขึ้นทะเบียนพร้อมเอกสารหลักฐาน
๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง และตรวจสอบคุณสมบัติ สัมภาษณ์/บันทึกข้อมูล

เพิ่มเติม

๓. รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติเสนอผู้บริหารเพื่อจัดทำประกาศรายชื่อ

- ระยะเวลา

ไม่เกิน ๑๕ นาที/ราย ในการรับคำขอขึ้นทะเบียน (ข้อ ๓. ภายในระยะเวลาที่กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นกำหนด)

- เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ กองสวัสดิการสังคม

๑. นางสาวกัญธนา สว่างภพ
๒. นางสมพวง ดวนสูง
๓. นางวรรณีย์ สมจันทร์

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

๑. บัตรประจำตัวคนพิการ (ไม่หมดอายุ) พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
๒. ทะเบียนบ้านฉบับจริง พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ (กรณีแจ้งความประสงค์ ขอรับเงินผ่านบัญชีธนาคาร)

****** ในกรณีที่มีความจำเป็นคนพิการที่ไม่สามารถมาขึ้นทะเบียนได้ด้วยตนเองสามารถมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้พิทักษ์/ผู้อนุบาล เป็นผู้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนแทนได้ โดยมีเอกสารประกอบเพิ่มเติม ดังนี้

๑. หนังสือมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้มอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียมในการขอขึ้นทะเบียนคนพิการ

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง โทรศัพท์ ๐-๔๕๘๒-๖๖๒๘

ตัวอย่างแบบฟอร์มคำขอลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพความพิการ

ทะเบียนเลขที่...../๒๕.....

แบบลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน:ผู้ยื่นคำขอแทนฯ ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา - มารดา ☐ บุตร ☐ สามเ - ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ
ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....
เลขประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

เขียนที่.....
วันที่.....

ข้อมูลคนพิการ

ด้วยข้าพเจ้าชื่อ.....นามสกุล.....
เกิดวันที่.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ.....

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา
☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียน
☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางออกัสติก
☐ พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ.....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....
เกี่ยวข้องกับ ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามเ - ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ อื่นๆ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่
เมื่อ.....

☐ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ อื่นๆ(ระบุ).....
☐ มีอาชีพ (ระบุ).....รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....(บาท)
☐ มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)
☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล
ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี.....

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการผ่านธนาคาร)
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจผู้ดูแลคนพิการและผู้รับมอบอำนาจ(ในกรณียื่นคำขอแทน)
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย / ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ ด.ช/ด.ญ/ นาย/ นาง/ นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐ แล้ว ☐ เป็นผู้มืคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ชี้ขาดคุณสมบัติ (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นาย ก อบต.โพนยาง คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมี ความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นางสาวกัญธนา สว่างภพ) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นายอภิสิทธิ์ พิมพ์สวัสดิ์) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นางสมพวง ดวนสูง)
คำสั่ง ☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่น ๆ..... (ลงชื่อ)..... (นายสมชาย สีทา) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง วันที่ / เดือน / ปี.....	

ตัดตามรอยประให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการถัดจากเดือนที่ลงทะเบียน
ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำ
 ขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่หลังจากที่ได้ย้ายที่อยู่ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้
 ต่อเนื่อง

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ

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

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

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

เป็นผู้มีอำนาจ.....ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ.....แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ/คนพิการ/ผู้ดูแล
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....ประจำตัวประชาชน.....

เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....โพยยาง.....เขต/อำเภอ.....วังหิน.....

จังหวัด.....ศรีสะเกษ.....เบอร์โทร.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....ประจำตัวประชาชน.....

เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....เบอร์โทร.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน.....แทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว” จนกว่า

จะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ เอกสารประกอบหนังสือมอบอำนาจ

1.สำเนาบัตรประชาชน/บัตรคนพิการของผู้มอบอำนาจ

2.สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

3.สำเนาบัญชีธนาคาร(กรณีโอนเข้าธนาคาร)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง

ขอบเขตการให้บริการ

- สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

๑. กองสวัสดิการสังคม อบต.โพนยาง โทร.๐-๔๕๘๒-๖๖๒๘

ระยะเวลาที่เปิดให้บริการ

วันจันทร์ – ศุกร์ เว้นวันหยุดราชการ ตลอดทั้งปีงบประมาณ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ บริการไม่หยุดพักเที่ยง

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพ.ศ.๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนเองมีภูมิลำเนาอยู่ ในกรณีที่ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้สามารถมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้ ณ องค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง
๓. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
๔. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย่ำแย่อยู่ ให้ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบ ต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

ขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการ

- ขั้นตอน

๑. ผู้ป่วยเอดส์มาแสดงตนต่อเจ้าหน้าที่เพื่อยื่นคำ ขอรับเงินสงเคราะห์พร้อมเอกสารหลักฐาน
๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง และตรวจสอบคุณสมบัติ สัมภาษณ์/บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม
๓. เจ้าหน้าที่ลง ที่ลงพื้นที่เพื่อตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ของ ผู้ป่วยเอดส์ ว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติสมควร ได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ พิจารณาจากความเดือดร้อนเป็นผู้มีปัญหาซ้ำซ้อน เป็นผู้ที่ยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ
๔. เจ้าหน้าที่จัดลำดับผู้ป่วยเอดส์เบื้องต้นและให้ ผู้บริหารพิจารณาคัดเลือกขั้นต่อไป

- ระยะเวลา

ไม่เกิน ๑๕ นาที/ราย ในการรับคำขอขึ้นทะเบียน และ ไม่เกิน ๕ วันทำการในการพิจารณาคัดเลือก

- เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ กองสวัสดิการสังคม

๑. นางสาวกัญฐณา สว่างภาพ
๒. นางสมพวง ดวนสูง
๓. นางวรรณีย์ สมจันทร์

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

๑. ทะเบียนบ้านฉบับจริง พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
๒. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุว่าผู้ป่วย “เอดส์”
๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ (กรณีแจ้งความประสงค์ขอรับเงินผ่านบัญชีธนาคาร)

****** ในกรณีที่มีความจำเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่สามารถมาขึ้นทะเบียนได้ด้วยตนเองสามารถมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนแทนได้ โดยมีเอกสารประกอบเพิ่มเติม ดังนี้

๑. หนังสือมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียมในการขอรับเงินสงเคราะห์

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง โทรศัพท์ ๐-๔๕๘๒-๖๖๒๘

ลับ

ใช้ปิดทับข้อมูลข่าวสารลับ

ลับ



ใบคำร้องทั่วไป

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง

วันที่.....

เรื่อง ขอลงทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล..... อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ตำบลโพนยาง อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ โทร.....

ขอยื่นคำร้องต่อนายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง เพื่อแสดงความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์
ผู้ป่วยฯ ของ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

ความเห็นเจ้าหน้าที่

คำสั่ง

.....แจ้งเรื่อง

ขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

เห็นควรดำเนินการ

(ลงชื่อ).....
(.....)

วันที่.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ เอกสารแนบคำร้อง ๑. สำเนาบัตรประชาชน ๑ ฉบับ

๓. ใบรับรองแพทย์ ๑ ฉบับ

๒. สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ

๔. สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร ๑ ฉบับ

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่/พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....
ถนน.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....

ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยขอให้รายละเอียด
เพิ่มเติมดังนี้

1. ที่พักอาศัย

() เป็นของตนเองและมีลักษณะ () ขำรุคโทรมมาก () ขำรุคโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวรดี
() เป็นของ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

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

3. การพักอาศัย

() อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....
() พักอาศัยกับ.....รวม.....คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน
มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

4. รายได้ - รายจ่าย

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

บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....สถานที่ติดต่อเลขที่.....
ถนน.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....ผู้ให้ถ้อยคำ
(.....)

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

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

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

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

เป็นผู้มีอำนาจ ยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับรองชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ/ผู้ป่วยฯ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....ประจำตัวประชาชน.....
เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....โพนยาง.....เขต/อำเภอ.....วังหิน.....
จังหวัด.....ศรีสะเกษ.....เบอร์โทร.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....ประจำตัวประชาชน.....
เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....เบอร์โทร.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน.....แทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะที่ชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว” จนกว่า
จะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น
เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ เอกสารประกอบหนังสือมอบอำนาจ

- 1.สำเนาบัตรประชาชน/บัตรคนพิการของผู้มอบอำนาจ
- 2.สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ
- 3.สำเนาบัญชีธนาคาร(กรณีโอนเข้าธนาคาร)

1 มกราคม – 31 ธันวาคม ของทุกปี

**ตั้งแต่เวลา 08.30 น.- 16.30 น.
วันวันหยุดราชการ**

**เป็นวันรับขึ้นทะเบียน
เพื่อรับเบี้ยผู้สูงอายุ
จ้**

และสามารถรับเงินได้ในปีงบประมาณถัดไป

**อย่าลืม !!!! นะจ๊ะ
ไม่มีชื่อ ไม่มีสิทธิรับเงิน จ้ !!!**



คนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ สามารถลงทะเบียนได้ทั้งปี

ตั้งแต่เวลา 08.30 น.- 16.30 น.
เว้นวันหยุดราชการ

และสามารถรับเงินได้ในเดือนถัดไป

อย่าลืม !!!! นะจ๊ะ
มีบัตรแล้ว ต้องรีบมา
ลงทะเบียน



ตัวอย่างบัตรและสมุดประจำตัวคนพิการ

ผู้ป่วยเอดส์ ลงทะเบียนได้ทั้งปี

เพียงมีใบรับรองแพทย์ระบุว่า
ป่วยเป็นโรค “เอดส์”

ตั้งแต่เวลา 08.30 น.- 16.30 น.
ในวันหยุดราชการ

ยื่นคำร้องแล้ว ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บไว้
เป็นความลับ

ประกาศรายชื่อ ผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ให้ผู้ที่มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ สามารถตรวจสอบรายชื่อตามประกาศที่บอร์ด ประชาสัมพันธ์ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง (ติดประกาศ ภายในวันที่ ๕ ของทุกเดือน) และเว็บไซต์ของ องค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง และก่อนการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในต้นปีงบประมาณ จะจัดทำประกาศ รายชื่อผู้มีสิทธิรายชื่อผู้ขาดคุณสมบัติ

การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

องค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง จะดำเนินการเบิก - จ่ายเงินให้กับผู้สูงอายุที่มาขึ้นทะเบียนไว้ แล้ว โดยจะเริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม ปีถัดไป โดยจะจ่ายเป็นเงินสด หรือโอนเข้าบัญชีธนาคาร ตามที่ผู้สูงอายุ ได้แจ้ง ความประสงค์ไว้ ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน

การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับในปัจจุบัน การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ คิดใน อัตราเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได

แบบ “ขั้นบันได” หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วง ๆ หรือเป็นขั้น ขึ้นไปเรื่อย ๆ โดย เริ่ม ตั้งแต่อายุ ๖๐ ปี โดยคำนวณตามวันเดือนปีเกิด การปรับอัตราการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแบบขั้นบันได ตามมติคณะรัฐมนตรีให้มีการปรับอัตราการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ เดือนที่ผู้สูงอายุครบช่วงอายุในเดือน ถัดไป หากผู้สูงอายุไม่มีวันและเดือนเกิดให้พิจารณาวันและเดือนเกิด ตามมาตรา ๑๖ แห่งประมวลกฎหมายแพ่ง และพาณิชย์

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

ประกาศรายชื่อ ผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ

ให้ผู้ที่ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพความพิการ สามารถตรวจสอบรายชื่อตามประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง (ติดประกาศ ภายในวันที่ ๕ ของทุกเดือน) และเว็บไซต์ของ องค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง และก่อนการจ่ายเบี้ยยังชีพความพิการในต้นปีงบประมาณ จะจัดทำประกาศ รายชื่อผู้มีสิทธิ

การจ่ายเบี้ยยังชีพความพิการ

องค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง จะดำเนินการเบิก - จ่ายเงินให้กับคนพิการที่มาขึ้นทะเบียนไว้แล้ว โดยจะเริ่มจ่ายในเดือนถัดไปภายหลังจากมาแจ้งความจำนง โดยจะจ่ายเป็นเงินสด หรือโอนเข้าบัญชีธนาคาร ตามที่ คนพิการได้แจ้งความประสงค์ไว้ ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน

การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบช่วงอายุ สำหรับคนพิการ

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่คนพิการจะได้รับในปัจจุบัน (เริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ เป็นต้นไป) โดยการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่คนพิการ คิดในอัตราเบี้ยยังชีพ ๒ ช่วง

ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือน สำหรับคนพิการ (แบบช่วงอายุ)

ชั้น	ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนเงิน (บาท)
ช่วงที่ 1	1 เดือน - 18 ปี	1,000
ช่วงที่ 2	18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป	800

การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ

๑. ตาย
๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขต องค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง
๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
๔. ขาดคุณสมบัติ

หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และคนพิการ

๑. ตรวจสอบรายชื่อของตนเอง
๒. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพ หรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเป็นเงินสด ต้องมารับเงินให้ตรงตามวัน เวลา ที่กำหนด
๓. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพ หรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเป็นโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร ต้องตรวจสอบเลขที่บัญชี และให้มีเงินคงเหลือหรือมีการเคลื่อนไหวรายการบัญชีอย่างต่อเนื่อง
๔. เมื่อย้ายภูมิลำเนาจาก องค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง ไปอยู่ภูมิลำเนาอื่น ต้องแจ้งข้อมูลเพื่อให้ องค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง ได้รับทราบ และต้องไปขึ้นทะเบียน ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ทันที

ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง

๓. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

๔. การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่นดังนี้

๔.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

๔.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)

๔.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)

๔.๔ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (พร้อมสำเนา)

๕. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้ทั้งหมด

๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถดำเนินการได้

๗. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้วแล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไป อยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ จากองค์การปกครองส่วน ท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนา เท่านั้น

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

บทที่ ๓

วิธีการและขั้นตอนการปฏิบัติงานตามภารกิจอื่นที่ได้รับมอบหมาย

ภารกิจงาน โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

ภารกิจงานเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด เป็นภารกิจงานของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการเด็กและเยาวชน ซึ่งได้ขอความร่วมมือให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงาน รับลงทะเบียน จัดทำประกาศรายชื่อ บันทึกข้อมูลอย่างย่อ และจัดส่งเอกสารให้แก่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

วิธีการดำเนินการ

๑. ให้บริการในการลงทะเบียนขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบล/ปอยยาง ตามแบบที่กรมกิจการเด็กและเยาวชนกำหนด

- แบบ ดร ๐๑. แบบคำร้องเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

- แบบ ดร ๐๒. แบบรับรองสถานะของครัวเรือน ตารางแสดงจำนวนสมาชิกและรายได้ครัวเรือน

- แบบ ดร ๐๓. แบบคำร้องเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (กรณีไม่มีผู้รับรองสถานะของครัวเรือน)

๑.๑. คุณสมบัติเด็กแรกเกิดที่มีสิทธิ

๑. มีสัญชาติไทย

๒. เกิดตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๘ เป็นต้นไป จนมีอายุครบ ๖ ปี

๓. อาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำ

๔. ไม่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของหน่วยงานของรัฐ หรือเอกชน

๑.๒. คุณสมบัติผู้ปกครองที่มีสิทธิลงทะเบียน

๑. สัญชาติไทย

๒. เป็นบุคคลที่รับเด็กแรกเกิดไว้ในความอุปการะ

๓. เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วย

๔. อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำ คือ สมาชิกครัวเรือนมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ต่อคน ต่อปีเท่านั้น

ทั้งนี้ มารดาที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ยังไม่ต้องมายื่นคำร้องขอลงทะเบียน

๑.๓. เอกสารประกอบการลงทะเบียน

๑. แบบ ดร.๐๑ ๒.แบบ ดร.๐๒

๓. บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง

๔. สูติบัตรเด็กแรกเกิด

๕. สมุดบัญชีเงินฝากของผู้ปกครอง (ธ.กรุงไทย ธ.ออมสิน ธกส. ธนาคารใดธนาคารหนึ่ง

๖. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (เฉพาะหน้าที่ ๑ ที่มีชื่อของหญิงตั้งครรภ์) ในกรณีที่สมุดสูญหายให้ใช้เฉพาะสำเนาหน้าที่ ๑ พร้อมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูลและรับรองสำเนา

๗. กรณีที่ผู้ยื่นคำร้องและสมาชิกในครัวเรือนของผู้ยื่นคำร้องเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท ต้องมีเอกสารใบรับรองเงินเดือน หรือรับรองรายได้ของทุกคนที่มีรายได้ ประจำ โดยสลิปเงินเดือน หรือเอกสารหลักฐานที่นายจ้างลงนาม

๘.สำเนาเอกสาร หรือบัตรข้าราชการ เจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใดที่แสดงตน (อพม./อสม.) ของผู้รับรองคนที่ ๑ และผู้รับรองคนที่ ๒

๙.บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ (ถ้ามี)

ทั้งนี้ ให้ถือว่าวันที่องค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง ได้รับเอกสารครบถ้วนเป็นวันที่ยื่นคำร้อง
ขอลงทะเบียน

๒.หน่วยรับบริการลงทะเบียนให้ดำเนินดังนี้

ข้อมูลเพิ่มเติม

๒.๑.ออกเอกสารการรับลงทะเบียน (ใบท้ายแบบ ดร.๐๑) และแจ้งช่องทางการติดต่อสอบถาม

๒.๒.จัดทำประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลโพนยาง เรื่องรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ประจำ..... ครั้งที่..... (แบบ ดร ๐๔.) ปิดประกาศในที่เปิดเผยเป็นเวลา ๑๕ วัน หากติดประกาศภายใน ๑๕ วันไม่มีผู้คัดค้านให้ถือว่าผู้มีรายชื่อตามบัญชีแนบท้ายประกาศ เป็นผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุน เพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

๒.๓.ดำเนินการบันทึกข้อมูลอย่างย่อ ภายหลังปิดประกาศแล้วเสร็จสิ้น

๒.๔.จัดส่งเอกสารแบบ ดร.๐๑ แบบ ดร.๐๒ และเอกสารประกอบการลงทะเบียนให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด