



### คู่มือการปฏิบัติงานพัฒนาชุมชน

- ❖ การยื่นลงทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- ❖ การยื่นลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ
- ❖ การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

องค์การบริหารส่วนตำบลลำพะเนียง  
อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา

## คำนำ

องค์การบริหารส่วนตำบลลำพะเนียง มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับ ผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลลำพะเนียง และส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ให้กับบุคคลเหล่านี้ รวมทั้ง มีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การรับลงทะเบียนคนพิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ และรับคำร้องผู้ป่วยเอดส์ เพื่อรับเงิน สงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพฯ ให้กับบุคคลดังกล่าวโดยถือปฏิบัติตามระเบียบ กระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ และแก้ไขเพิ่มเติม และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การ จ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และแก้ไขเพิ่มเติม และรับ ลงทะเบียนโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้อง มีแนวทางในการปฏิบัติที่ ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความ สะดวก รวดเร็ว และถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าว

องค์การบริหารส่วนตำบลลำพะเนียง จึงได้จัดทำคู่มือการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การ ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ และ โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด องค์การบริหารส่วนตำบลลำพะเนียง หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ปกครองของเด็กแรกเกิด มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและ ประชาชนที่มาขอรับบริการ ต่อไป

จัดทำโดย

องค์การบริหารส่วนตำบลลำพะเนียง

## คุณสมบัติของผู้สูงอายุขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพฯ ผู้สูงอายุ

### ตรวจสอบคุณสมบัติของตนเอง ตามรายการดังนี้

- มีสัญชาติไทย
- มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
- มีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปซึ่งได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่

(ก) ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน

(ข) ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(ค) ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่น ที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ

บุคคลตาม (ก) (ข) หรือ(ค) ไม่รวมถึง ผู้พิการหรือผู้ป่วยเอดส์ ตามระเบียบ กระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ หรือผู้ที่ได้รับสวัสดิการอื่นตามมติคณะรัฐมนตรี

หมายเหตุ กรณีได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้วย้ายเข้ามาในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลสำพะเนียงจะต้องมาลงทะเบียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลสำพะเนียง ภายในวันที่ย้าย แต่ไม่เกินเดือนพฤศจิกายน

### การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได สำหรับผู้สูงอายุ

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับใน ปัจจุบัน การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพ ให้แก่ ผู้สูงอายุคิดในอัตราเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได “ขั้นบันได” หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของ ผู้สูงอายุออกเป็นช่วงๆ หรือเป็นขั้นขึ้นไปเรื่อย ๆ โดยเริ่มตั้งแต่อายุ ๖๐ ปี โดยคำนวณตามปีงบประมาณ มิใช่ปีปฏิทิน และไม่มีการเพิ่มของอายุระหว่างปี ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือน สำหรับผู้สูงอายุ (แบบขั้นบันได)

ขั้น	ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนเงิน (บาท)
ขั้น ๑	๖๐ - ๖๙ ปี	๖๐๐
ขั้น ๒	๗๐ - ๗๙ ปี	๗๐๐
ขั้น ๓	๘๐ - ๘๙ ปี	๘๐๐
ขั้น ๔	๙๐ ปี ขึ้นไป	๑,๐๐๐

### วิธีคำนวณอายุของผู้สูงอายุ

การนับอายุว่าจะอยู่ในขั้นที่เท่าไร ให้นับ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน เท่านั้น

๑. นาง ก.เกิด ๓๐ กันยายน ๒๕๕๐ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐ นางก.จะอายุ ๗๐ ปี หมายความว่า นาง ก. จะได้รับ เงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๗๐๐ บาท ในเดือน ตุลาคม ๒๕๖๐ (งบประมาณปี ๒๕๖๑)

๒. นาง ข.เกิด ๑ ตุลาคม ๒๕๕๐ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐ นาง ข. จะอายุ ๖๙ ปี หมายความว่า นาง ข. จะได้รับเงิน เบี้ยยังชีพเดือนละ ๖๐๐ บาท เท่าเดิม จนกว่าจะถึงรอบปีถัดไป

## การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ

๑. ตาย

๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขต องค์การบริหารส่วนตำบลลำพะเนียง

๓. แจ้งและสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ

๔. ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖

หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และคนพิการ

๑. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง

๒. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพ หรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเป็นเงินสด ต้องมารับเงิน ให้ตรงตามวัน เวลา ที่กำหนด

๓. เมื่อย้ายภูมิลำเนาจาก อบต.ลำพะเนียง ไปอยู่ภูมิลำเนาอื่น ต้องแจ้งข้อมูลเพื่อให้ อบต.ลำพะเนียง ได้รับทราบ

๔. กรณีตาย ให้ผู้ดูแลหรือญาติของผู้สูงอายุ หรือคนพิการของผู้รับเงินเบี้ยยังชีพ แจ้งการตาย ให้ อบต.ลำพะเนียงได้รับทราบ (พร้อมสำเนาใบมรณบัตร) ภายใน ๗ วัน

### ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ยื่นเอกสาร หลักฐานลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

❖ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงาน ของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนา

❖ ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา

❖ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อ และ เลขที่บัญชี) สำหรับ

กรณีและผู้ขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประสงค์ขอรับ เงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร

หมายเหตุ ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจ ให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่น คำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ โดยให้ผู้มอบอำนาจติดต่อกับ อบต.ลำพะเนียง พร้อมสำเนาบัตรประชาชน ของผู้มอบ

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

- ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๑

ช่องทางการให้บริการ

งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลลำพะเนียง อำเภอโนนแดง จังหวัด นครราชสีมา ๓๐๓๖๐

เบอร์โทรสำนักงาน ๐๔๔-๔๘๕๐๔๗

เบอร์โทรผู้รับผิดชอบ

ช่องทางการติดต่อ/ร้องเรียน

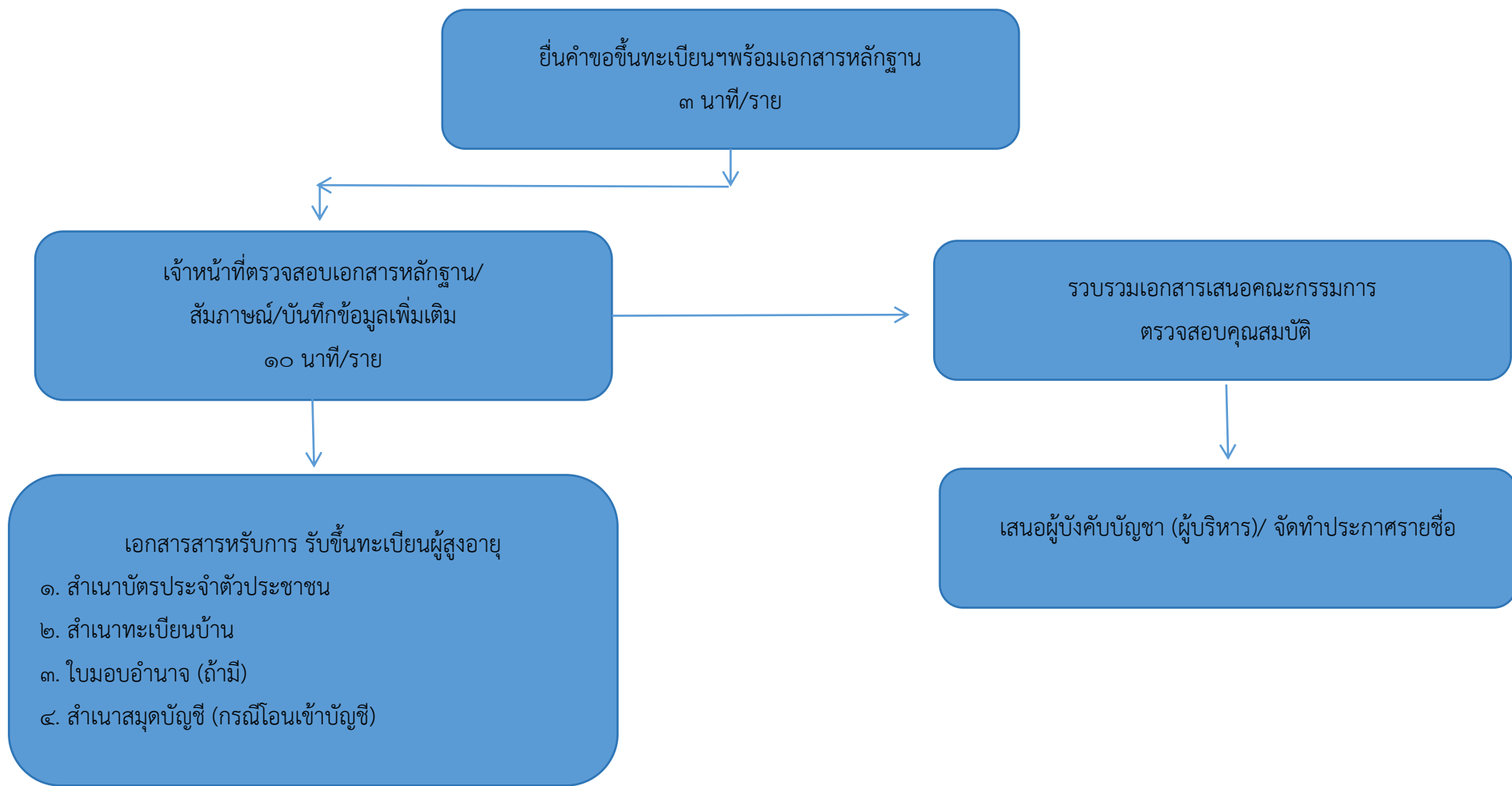
สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลลำพะเนียง อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา ๓๐๓๖๐

เบอร์โทรสำนักงาน ๐๔๔-๔๘๕๐๔๗

เว็บไซต์ [www.sampanieng.go.th](http://www.sampanieng.go.th)

Facebook องค์การบริหารส่วนตำบลลำพะเนียง อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ)



ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ เดิม ๓๐ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๑๐-๑๕ นาที/ราย

## การลงทะเบียนผู้พิการ

### คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ

ผู้พิการ ตรวจสอบดูคุณสมบัติของตนเอง ตามรายการดังนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

หมายเหตุ กรณีได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการอยู่แล้ว และได้ย้ายเข้าในพื้นที่องค์กรบริหารส่วนตำบลสำหรับทะเบียนจะต้องมาลงทะเบียนที่ องค์กรบริหารส่วนตำบลสำหรับทะเบียน อีกครั้งหนึ่ง เพื่อได้รับสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนต่อไป

### ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ

๑. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสารรับรอง ความพิการ
๒. ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์จังหวัด (ศาลากลางจังหวัด) ด้วยตนเอง โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๒.๑ เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยแพทย์เฉพาะทาง (ตัวจริง)

๒.๒ รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป

๒.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๕ ถ้าคนพิการมีผู้ดูแล ให้นำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนา ทะเบียนบ้านของ ผู้ดูแลคนพิการ จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

๓. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอทำบัตร ประจำตัวคนพิการ ให้นำหลักฐาน ตามข้อ ๒.๔ - ๒.๕ มาด้วย

### การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

การดำเนินการต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ สามารถติดต่อได้ที่ สำนัก พัฒนาสังคม และความมั่นคง ของมนุษย์จังหวัด (ศาลากลางจังหวัดนครราชสีมา) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๑. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสาร รับรองความพิการ

๒. สมุดบัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม

๓. รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป

๔. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

๕. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

๖. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการกรณีมีผู้ดูแล ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ

### การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ

การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ สามารถติดต่อได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของ มนุษย์จังหวัด (ศาลากลางจังหวัดนครราชสีมา) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๑. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม

๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

๓. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนเดิม ใช้สำเนาบัตรประจำตัว ประชาชน และ สำเนาทะเบียนบ้าน อย่าง ละ ๑ ฉบับ

๔. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และ สำเนาทะเบียนบ้าน อย่าง ละ ๑ ฉบับ

๕. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ

๖. สำเนาประจำตัวข้าราชการของผู้รับรอง จำนวน ๑ ฉบับ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ส.อบต. หรือ  
ข้าราชการ ระดับ ๓ ขึ้นไป)

### **ขั้นตอนการขึ้นทะเบียน**

เพื่อขอรับเงินเบี้ยคนพิการ ยื่นเอกสาร หลักฐานกรอกแบบฟอร์ม แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยัง  
ชีพคนพิการ

๑. บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิต คนพิการฉบับจริง พร้อม  
สำเนา

๒. ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา

๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อ และ เลขที่บัญชี) สำหรับกรณีผู้  
ขอรับเบี้ยยังชีพคนพิการ ประสงค์ขอรับ เงินเบี้ยยังชีพคนพิการผ่านธนาคาร

หมายเหตุ ในกรณีที่คนพิการไม่สามารถลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบ อำนาจเป็นลายลักษณ์ให้  
ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทน แต่ต้องนำหลักฐานของคน พิการและคนดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย

**\*\*ขึ้นทะเบียนผู้พิการ และยื่นเอกสารประกอบ ได้ที่งานพัฒนาชุมชน อบต.ลำพะเนียง**

นายนพดล ศิริประเสริฐ นักพัฒนาชุมชน เป็นผู้รับผิดชอบงาน

### **ค่าธรรมเนียม**

ไม่มีค่าธรรมเนียม

### **ระเบียบ/ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง**

- ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการ ขององค์กร  
ปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และแก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๑

### **ช่องทางการให้บริการ**

งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลลำพะเนียง อำเภอโนนแดง จังหวัด  
นครราชสีมา ๓๐๓๖๐

เบอร์โทรสำนักงาน ๐๔๔-๔๘๕๐๔๗

เบอร์โทรผู้รับผิดชอบ ๐๖๓-๑๐๙๑๗๙๙

เปิดบริการ วันจันทร์ - วันศุกร์ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

### **ช่องทางการติดต่อ/ร้องเรียน**

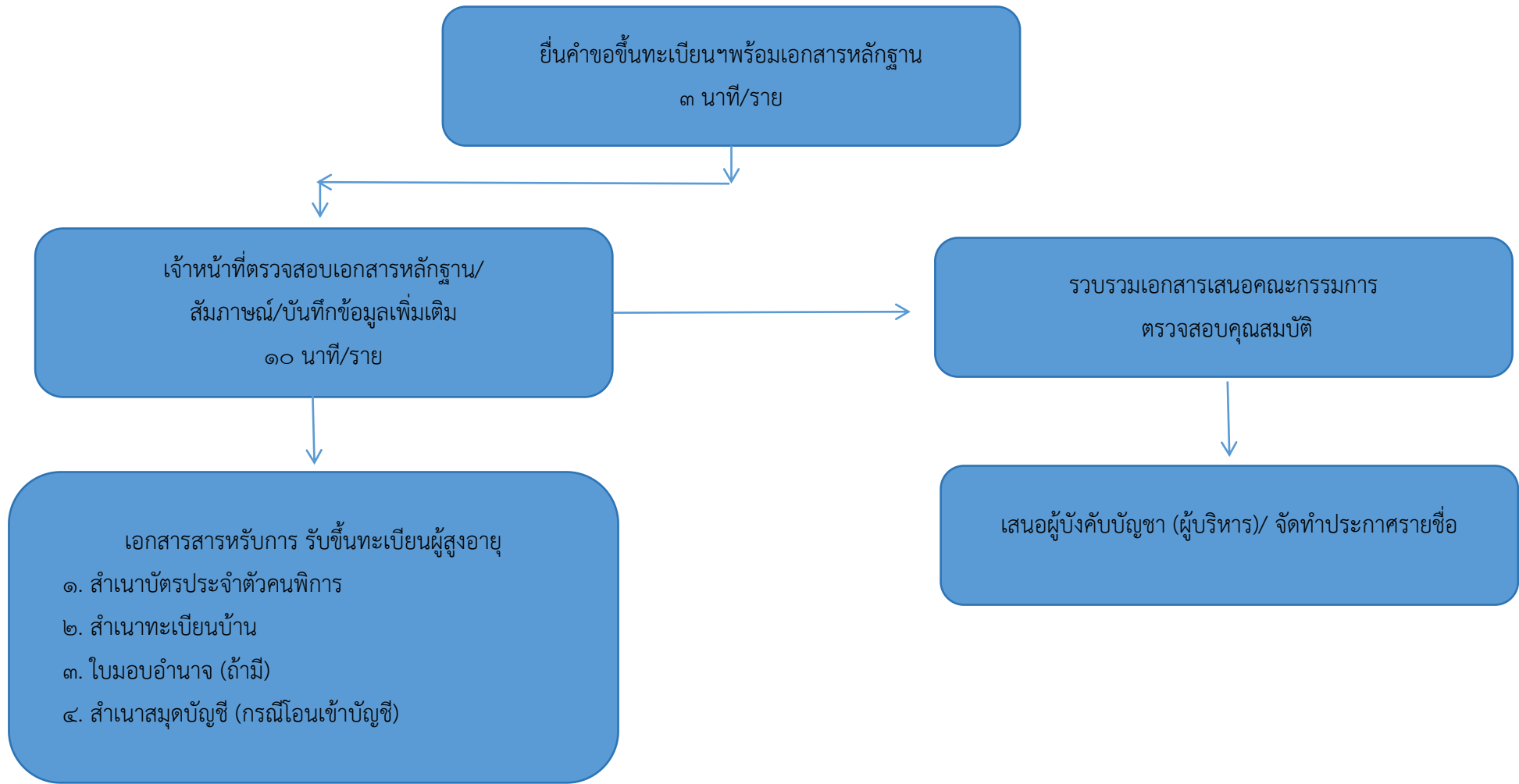
สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลลำพะเนียง อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา ๓๐๓๖๐

เบอร์โทรสำนักงาน ๐๔๔-๔๘๕๐๔๗

เว็บไซต์ [www.sampanieng.go.th](http://www.sampanieng.go.th)

Facebook องค์การบริหารส่วนตำบลลำพะเนียง อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ)



ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ เดิม ๓๐ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๑๐-๑๕ นาที/ราย



## การยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๑. ผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่ง ออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลสำพะเนียง

๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่ สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้

๔. การยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลสำพะเนียง โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบ การยื่นดังนี้

๔.๑. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

๔.๒. บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง

๔.๓. ทะเบียนบ้านฉบับจริง

๕. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเอง ได้จะมอบ อำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้

๕. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถ ดำเนินการได้ทั้งหมด

๗. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์แล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา ไป อยู่ในเขต องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้อง ขอรับเงินสงเคราะห์ ผู้ป่วยเอดส์ ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์ จะได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ถึงเดือนที่ย้าย ภูมิลำเนา เท่านั้น

๗. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิตลง ให้ผู้ดูแลหรือญาติ ของ ผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้องแจ้งองค์การบริหารส่วนตำบลสำพะเนียง ทราบภายใน ๗ วัน

๘. ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ /AIDS เท่านั้น

### กระบวนการ/ขั้นตอน และระยะเวลา

#### เอกสาร

- บัตรประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา
- ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา - ใบรับรองแพทย์ที่ทำการวินิจฉัยแล้ว
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา สำหรับกรณีผู้ที่ประสงค์รับผ่านธนาคาร
- ในกรณีมีความจำเป็นผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แทนได้

#### วิธีรับเงิน (วิธีการใดวิธีการหนึ่ง) ดังนี้

๑) รับเงินสดด้วยตนเอง

๒) โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

๓) รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

๔) โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

## ระเบียบ/ข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง

- ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

### ช่องทางการให้บริการ

งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลสำพะเนียง อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา ๓๐๓๖๐

เบอร์โทรศัพท์สำนักงาน ๐๔๔-๔๘๕๐๔๗

เบอร์โทรผู้รับผิดชอบ ๐๖๓-๑๐๙๑๗๙๙

เปิดบริการ วันจันทร์ - วันศุกร์ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

### ช่องทางการติดต่อ/ร้องเรียน

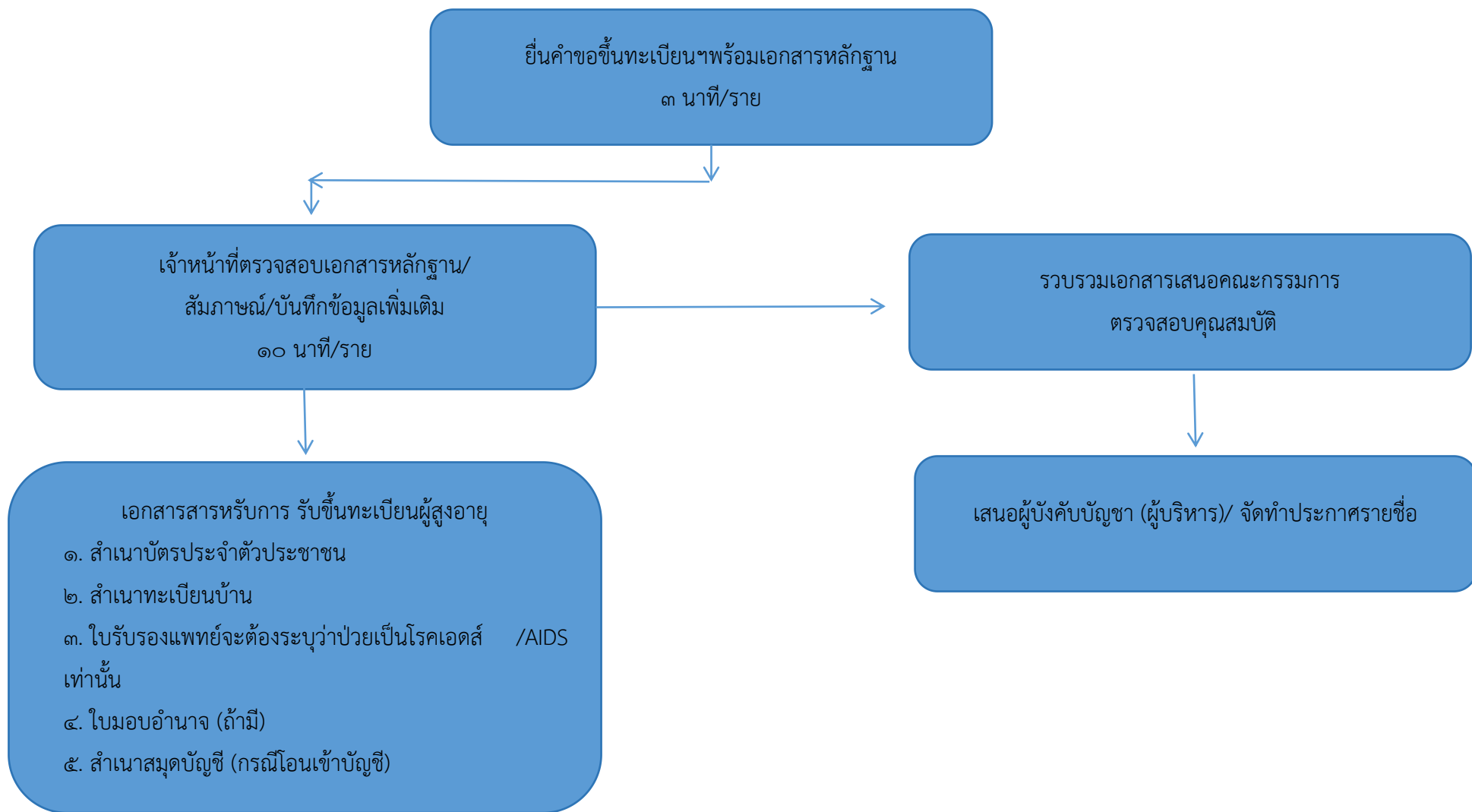
สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลสำพะเนียง อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา ๓๐๓๖๐

เบอร์โทรศัพท์สำนักงาน ๐๔๔-๔๘๕๐๔๗

เว็บไซต์ [www.sampanieng.go.th](http://www.sampanieng.go.th)

Facebook องค์การบริหารส่วนตำบลสำพะเนียง อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์)



ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์ เดิม ๓๐ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๑๐-๑๕ นาที/ราย

ภาคผนวก

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ลงทะเบียน  
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.....มีชื่ออยู่ใน  
สำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน  
ของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ ----  
สถานภาพสมรส  โสด  สมรส  หม้าย  หย่าร้าง  แยกกันอยู่  อื่นๆ.....  
รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

- ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์  
 ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ  ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ  
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย  สำเนาทะเบียนบ้าน  
 สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)  
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจาก  
หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง  
ทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว ..... ..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน <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 <input type="checkbox"/> เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก ..... ..... (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลลำพะเนียง คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้น ทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p>
--	---

**คำสั่ง**

รับขึ้นทะเบียน  ไม่รับขึ้นทะเบียน  อื่นๆ.....  
.....  
(ลงชื่อ).....  
(นายวรกร พุฒิพงศ์พยอม )  
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลลำพะเนียง  
วัน/เดือน/ปี.....

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....  
ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....  
การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ....จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพ  
ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ. ....ในอัตราขั้นบันได กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไป  
ลงทะเบียนยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ นับตั้งแต่วันที่ย้ายแต่ไม่เกินเดือน  
พฤศจิกายนของปีนั้นๆ เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ  
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น  บิดา - มารดา  บุตร  สามเณร - ภรรยา  พี่น้อง  ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ) .....

เลขประจำตัวประชาชน ---- ที่อยู่ .....

โทรศัพท์ .....

### ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

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

ชื่อ..... นามสกุล..... เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

อายุ.....ปี สัญชาติ..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ ซอย .....

ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน ..... ตำบล ..... อำเภอ .....

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

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ ----

ประเภทความพิการ  ความพิการทางการเห็น  ความพิการทางสติปัญญา

ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย  ความพิการทางการเรียนรู้

ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย  ความพิการทางออกัสติก

ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส  โสด  สมรส  หม้าย  หย่าร้าง  แยกกันอยู่  อื่น ๆ

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

**ข้อมูลทั่วไป :** สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ  ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ  เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่  
ใหม่ เมื่อ .....

ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์  อื่นๆ (ระบุ) .....

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

มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ .....

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

รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/  
ผู้ดูแล

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

### พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ  สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอ  
ฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

<b>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</b> เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ ..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน <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 <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก ..... (ลงชื่อ) ..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	<b>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</b> เรียน นายก เทศมนตรี/อบต. .... คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) ..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) ..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) ..... (.....)
--	---

**คำสั่ง**  
 รับลงทะเบียน  ไม่รับลงทะเบียน  อื่น ๆ.....  
.....  
(ลงชื่อ) .....  
นายก เทศมนตรี/นายก อบต. ....  
วัน/เดือน/ปี .....  
.....

.....ติดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยจะ  
เริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการตั้งแต่เดือน ..... พ.ศ. .... ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน  
กรณีคนพิการย้ายที่อยู่ไปอยู่ที่อื่นในระหว่างปีงบประมาณ จะต้องไปยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ  
ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนนั้นๆ เพื่อรักษาสติให้ต่อเนื่องในการรับเงิน  
เบี้ยความพิการในเดือนนั้นๆ



หนังสือมอบอำนาจยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

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

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

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

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้า  
ได้กระทำ ด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

## หนังสือมอบอำนาจยื่นรับเงินเบี้ยความพิการ

ที่ .....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

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

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

เป็นผู้มีอำนาจ รับเงินเบี้ยความพิการ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ “ทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงกรมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ..... ผู้มอบอำนาจ  
( ..... )

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

ลงชื่อ ..... พยาน  
( ..... )

ลงชื่อ ..... พยาน  
( ..... )

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

ผู้ยื่นคำขอฯ [ ] แจ้งด้วยตนเอง

[ ] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....

กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน ชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ

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

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

เกี่ยวข้องโดยเป็น  บิดา-มารดา  บุตร  สามเณร-ภรรยา  พี่น้อง  อื่นๆ .....

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ  ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ  อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์  
เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยวิธี

ดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง

รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มี

สิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบ

อำนาจ

จากผู้มีสิทธิ

**พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้**

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

สำเนาทะเบียนบ้าน

ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ  
(ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุก

ประการ

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

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

**หมายเหตุ** ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหน้าข้อความที่ต้องการ  
**ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน**

เรียน คณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ  
ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ..... แล้ว

- เป็นผู้มีสิทธิครบถ้วน
- เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้

(ลงชื่อ) .....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน  
(.....)  
ตำแหน่ง.....

**ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลห้วยชมภู  
คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

- สมควรรับขึ้นทะเบียน
- ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

(ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ).....  
(.....) (.....) (.....)  
กรรมการฯ กรรมการฯ ประธานกรรมการฯ

**คำสั่ง**

- รับขึ้นทะเบียน
- ไม่รับขึ้นทะเบียน
- อื่นๆ

(ลงชื่อ).....  
(.....)  
ตำแหน่ง .....  
วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

## 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 .....

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ..... ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน  
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน  
(.....)

### หลักฐานประกอบของผู้รับมอบอำนาจ

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

สำเนาทะเบียนบ้าน

เอกสารอื่นๆ

.....