

คู่มือสำหรับประชาชน
(คู่มือกลางสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

งานที่ให้บริการ	การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
------------------------	---

หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ส่วนสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลทับใต้เหล็ก
-----------------------------	---

ขอบเขตการให้บริการ	
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
ส่วนสวัสดิการสังคม	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. – ๑๒.๐๐ น. / ๑๓.๐๐ น. – ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ
ผู้สูงอายุ คือ ผู้ป่วยที่แพทย์ได้รับรอง และทำการวินิจฉัยแล้ว คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ไปนี้ ๑. มีสัญชาติไทย ๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลทับใต้เหล็ก ๓. มีใบรับรองแพทย์รับรอง ๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการ	
ขั้นตอนการให้บริการ	ระยะเวลาในการให้บริการ
๑. ผู้ประสงค์จะขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ในปีงบประมาณถัดไปหรือผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐาน	๕ นาที
๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียน	๕ นาที
๓. เจ้าหน้าที่ออกใบรับลงทะเบียน ตามแบบยื่นคำขอ	๕ นาที

ขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการ	
ขั้นตอนการให้บริการ	ระยะเวลาในการให้บริการ
หมายเหตุ โดยจะเริ่มได้รับลงทะเบียนครั้งแรก ในเดือนตุลาคมของปีถัดไป เนื่องจากการขึ้นทะเบียนล่วงหน้า เพื่อดังงบประมาณในปีถัดไป ระหว่างวันที่ ๑ – ๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี และจะเริ่มได้รับเงินในเดือนตุลาคมปีถัดไป พร้อมนำหลักฐานต่อไปนี้ (๑) สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ (๒) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ (๓) ใบรับรองแพทย์ (๔) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร จำนวน ๑ ฉบับ กรณี ที่ผู้สูงอายุไม่สามารถมาลงทะเบียนได้ และไม่มีสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเงินแทน	
ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น ๑๕ นาที	

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ	
๑. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา	จำนวน ๑ ฉบับ
๒. บัตรประชาชน พร้อมสำเนา	จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สมุดบัญชีธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีโอนเข้าบัญชีธนาคาร)	จำนวน ๑ ฉบับ
๔. กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน จะต้องบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอย่างละ ๑ ชุด	
๕. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนาของผู้รับมอบ (กรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผ่านธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ๑ ชุด	

ค่าธรรมเนียม
ค่าธรรมเนียม - บาท

การรับเรื่องร้องเรียน
ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ ส่วนสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลทับใต้เหล็ก โทรศัพท์ : ๐๓๕-๔๑๔-๔๑๑ มือถือ : ๐๘๑ – ๘๘๐ – ๘๒๐๐ หรือ เว็บไซต์ http://www.Thaptilek.go.th/

ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตามเอกสารแนบท้าย

ทะเบียนเลขที่/๒๕๕๘

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๙

เฉพาะกรณีผู้พิการมอบอำนาจ หรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียน : ผู้ยื่นคำขอลงทะเบียนแทนตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียนโดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ สามเษภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแล
ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....
เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ ☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐☐☐- ☐☐☐
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....องค์การบริหารส่วนตำบลทับใต้เหล็ก.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

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

หมู่ที่.....ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐☐

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้

☐ ความพิการทางออกัสติก ☐ ความพิการทางจิตใจ

☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

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

ข้อมูลทั่วไป สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับเบี้ยยังชีพ

☐ ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

☐ ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตัวเอง ☐ มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ

☐ ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ ☐ มีอาชีพ (ระบุ).....รายได้ต่อเดือน(ระบุ).....

มีความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๙ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่

มอบอำนาจจากผู้มีสิทธิพร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

- ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขอรับเงินผ่านธนาคาร)
- ☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลายมือชื่อ).....

(ลายมือชื่อ).....

(.....)

(นางสาวนวลจันทร์ กอดิษฐ์)

ผู้ยื่นคำขอ / ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

- ๒ -

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐-☐☐☐ ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ (ลงชื่อ)..... (นางสาวนวลจันทร์ กอดิษฐ์) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทับตีเหล็ก คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ ตรวจสอบแล้วมีความเห็น ดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน (ลงชื่อ).....กรรมการ (.....) (ลงชื่อ).....กรรมการ (.....) (ลงชื่อ).....กรรมการ (.....)
--	---

คำสั่ง

☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่น ๆ

(ลงชื่อ).....

(นายนาวิน พิกุลทอง)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทับตีเหล็ก

วัน/เดือน/ปี.....

✕

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๙ โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๘ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๕๙ ในอัตราเดือนละ ๕๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีผู้พิการย้ายที่อยู่ไปอยู่ที่อื่น(ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๕๗ ถึงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๗) จะต้องไปยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๗ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทึให้ต่อเนื่อง