



คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงาน นักพัฒนาชุมชน

จัดทำโดย

นางสาวภัทรพร เมืองแสน ตำแหน่ง นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ
สังกัดสำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล
องค์การบริหารส่วนห้วยป่า
โทรศัพท์สำนักงาน ๐๔๕-๒๑๐๗๙๒

คำนำ

คู่มือการปฏิบัติงานสวัสดิการสังคมขององค์การบริหารส่วนตำบลห้วยป่าเลมนี่ จัดทำ โดยงานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยป่า เล่มนี้ ได้แสดงรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงานต่าง ๆ อันจะ เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงานสวัสดิการสังคม ได้นำไปใช้ประโยชน์ ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ที่ถูกต้องตรงกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานและผู้ที่มีส่วน เกี่ยวข้อง มีแนวทางในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยป่า หวังเป็นอย่างยิ่ง ว่าคู่มือการปฏิบัติงานเล่มนี้ จะสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้เกิด ประโยชน์ต่อราชการต่อไป

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติ	๑-๒
ราชการ (การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ)	
ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ	๕
ขั้นตอนการยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ	๖-๘
(การรับขึ้นทะเบียนคนพิการ) การเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ	
การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติ	๙-๑๐
ราชการ (การรับขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์) การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ	
ขั้นตอนการลงทะเบียนรับเงินสงเคราะห์โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด แผนผังแสดง	๑๑-๑๓
ขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนเด็กแรกเกิด	(
	๑๔-๑๕
ขั้นตอนการยื่นขอรับเงินค่าจัดการศพตามประเพณี แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติ	
ราชการ(การรับขึ้นทะเบียนค่าจัดการศพ)	๑๖
การกู้ยืมเงินทุนโครงการเศรษฐกิจชุมชน	๑๗
แผนผังแสดงขั้นตอนการดำเนินงานโครงการเศรษฐกิจชุมชน	๑๘
ภาคผนวก	๑๙
แผนผังแสดงขั้นตอน (การเบิกจ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์)	๒๐-๒๑
แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๒๒-๒๓
แบบคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ	๒๔-๒๕
แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ แบบฟอร์มหนังสือมอบอำนาจ	๒๖-๒๘
แบบลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (แบบ ดร.๐๑) แบบรับรอง	
สถานะของครัวเรือน (แบบ ดร.๐๒)	๒๙
แบบ ศผส.๐๑	๓๐
แบบ ศผส.๐๒	

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม “แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ”

☐

บัตรประจำ ตัวประชาชน หรือบัตร อื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ ที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนา

☐

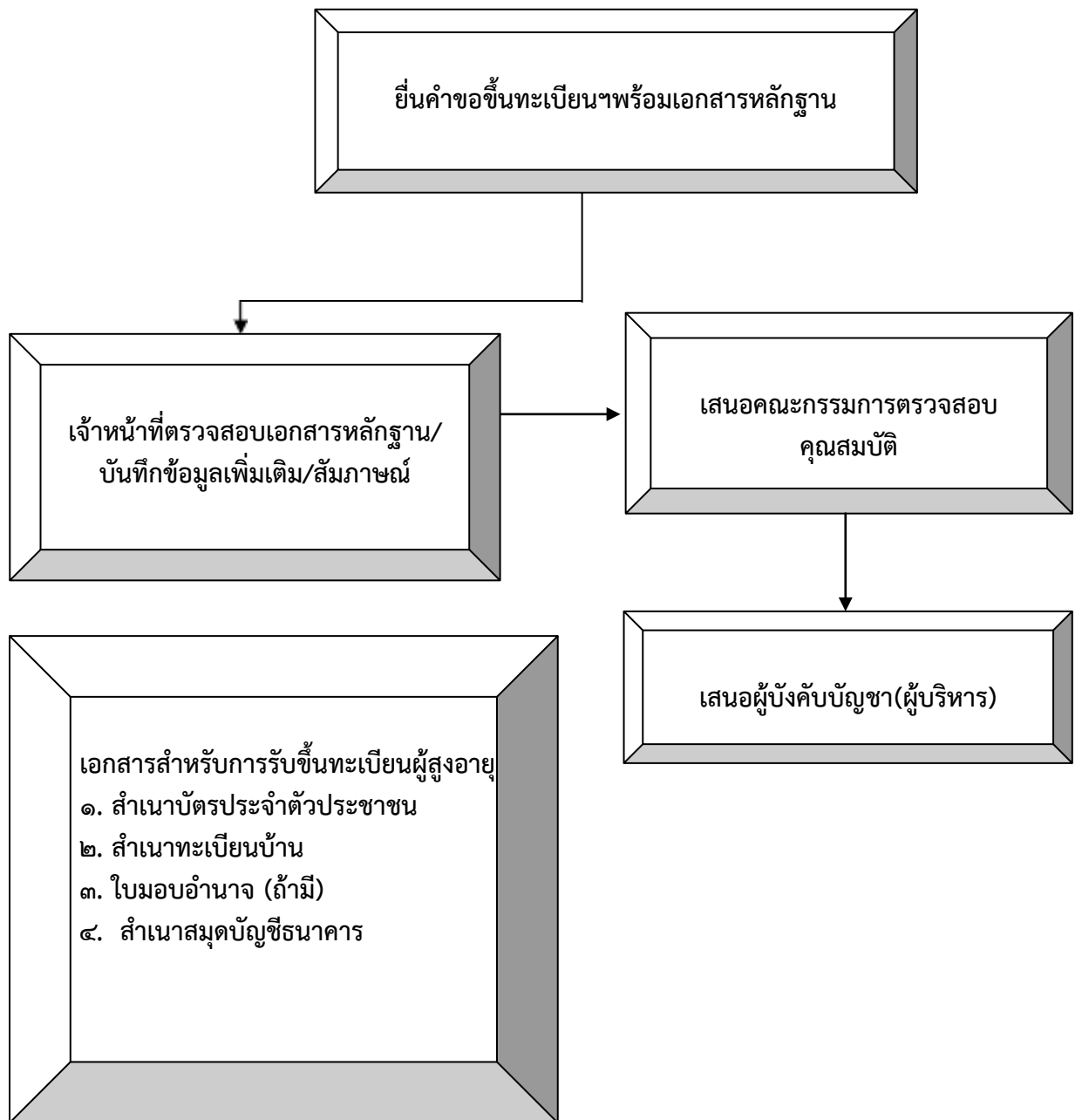
ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา

☐

สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดง ชื่อ และเลขที่บัญชี)

หมายเหตุ : ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับ องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยข่า พร้อมสำเนา บัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

แผนผังแสดงขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ



ระยะเวลาดำเนินการ ไม่เกิน ๕ นาที

(ตัวอย่าง) แนวทางการรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

วัน เดือน ปี เกิด	เดือนที่เริ่มรับเงิน	หมายเหตุ
เกิดก่อน ๒ กันยายน ๒๕๐๖ ๒ - ๓๐ กันยายน ๒๕๐๖ ๑ ตุลาคม ๒๕๐๖	ตุลาคม ๒๕๖๖	งบ ๒๕๖๗
๒ - ๓๑ ตุลาคม ๒๕๐๖ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๐๖	พฤศจิกายน ๒๕๖๖	งบ ๒๕๖๗
๒ - ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๐๖ ๑ ธันวาคม ๒๕๐๖	ธันวาคม ๒๕๖๖	งบ ๒๕๖๗
๒ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๐๖ ๑ มกราคม ๒๕๐๗	มกราคม ๒๕๖๗	งบ ๒๕๖๗
๒-๓๑ มกราคม ๒๕๐๗ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๗	กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗	งบ ๒๕๖๗
๒ - ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๗ ๑ มีนาคม ๒๕๐๗	มีนาคม ๒๕๖๗	งบ ๒๕๖๗
๒ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๐๗ ๑ เมษายน ๒๕๐๗	เมษายน ๒๕๖๗	งบ ๒๕๖๗
๒ - ๓๐ เมษายน ๒๕๐๗ ๑ พฤษภาคม ๒๕๐๗	พฤษภาคม ๒๕๖๗	งบ ๒๕๖๗
๒ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๐๗ ๑ มิถุนายน ๒๕๐๗	มิถุนายน ๒๕๖๗	งบ ๒๕๖๗
๒ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๐๗ ๑ กรกฎาคม ๒๕๐๗	กรกฎาคม ๒๕๖๗	งบ ๒๕๖๗
๒ - ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๐๗ ๑ สิงหาคม ๒๕๐๗	สิงหาคม ๒๕๖๗	งบ ๒๕๖๗
๒ - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๐๗ ๑ กันยายน ๒๕๐๗	กันยายน ๒๕๖๗	งบ ๒๕๖๗

หมายเหตุ : กรณีย้ายมาจาก อปท.อื่น จะได้รับเบี้ยยังชีพ เดือนตุลาคม ๒๕๖๖ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๗) หากเกิดวันที่ ๒ กันยายน ๒๕๐๗ เป็นต้นไป ให้มาลงทะเบียน ภายในเดือนพฤศจิกายน เพื่อขอรับเบี้ยในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (เริ่มรับตุลาคม ๒๕๖๖)

**การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได
สำหรับผู้สูงอายุ**

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับในปัจจุบัน (ปี) การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ คิดใน อัตรา เบี้ยยังชีพ แบบขั้นบันได แบบ “ขั้นบันได” หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ ออกเป็นช่วง ๆ หรือเป็นขั้น ขึ้นไปเรื่อย ๆ โดยเริ่ม ตั้งแต่อายุ ๖๐ ปี

โดยคำนวณตามปีงบประมาณมิใช่ปีปฏิทินและไม่มีการเพิ่ม ของอายุระหว่างปี ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือนสำหรับผู้สูงอายุ

(แบบขั้นบันได)

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

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ
ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม “แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ”

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

หมายเหตุ : กรณีที่คนพิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง หรือมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทน แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการ และคนดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ ด้วยคนพิการที่เป็นผู้สูงอายุสามารถลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ด้วย

ขั้นตอนการยื่นคำขอ(มีบัตรคนพิการ) และต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

สามารถยื่นเรื่องผ่าน สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยข้า

เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๖.๓๐ น. (ทุกวันและเวลาราชการ)



เอกสารประกอบการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ ประกอบด้วย

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ สำเนาสูติบัตร (สำหรับเด็กพิการ) จำนวน ๑ แผ่น
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ แผ่น
๓. เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของสถานพยาบาลของรัฐ หรือ สถานพยาบาลเอกชนที่ประกาศกำหนด ฉบับตัวจริง
๔. รูปภาพ / หรือไฟล์รูปภาพ ของคนพิการ หน้าตรงไม่สวมแว่น ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
๕. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอขึ้นทะเบียนแทน) พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้มอบอำนาจและ
ผู้รับมอบอำนาจ



กรอกข้อมูลตามแบบฟอร์ม แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ



เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร

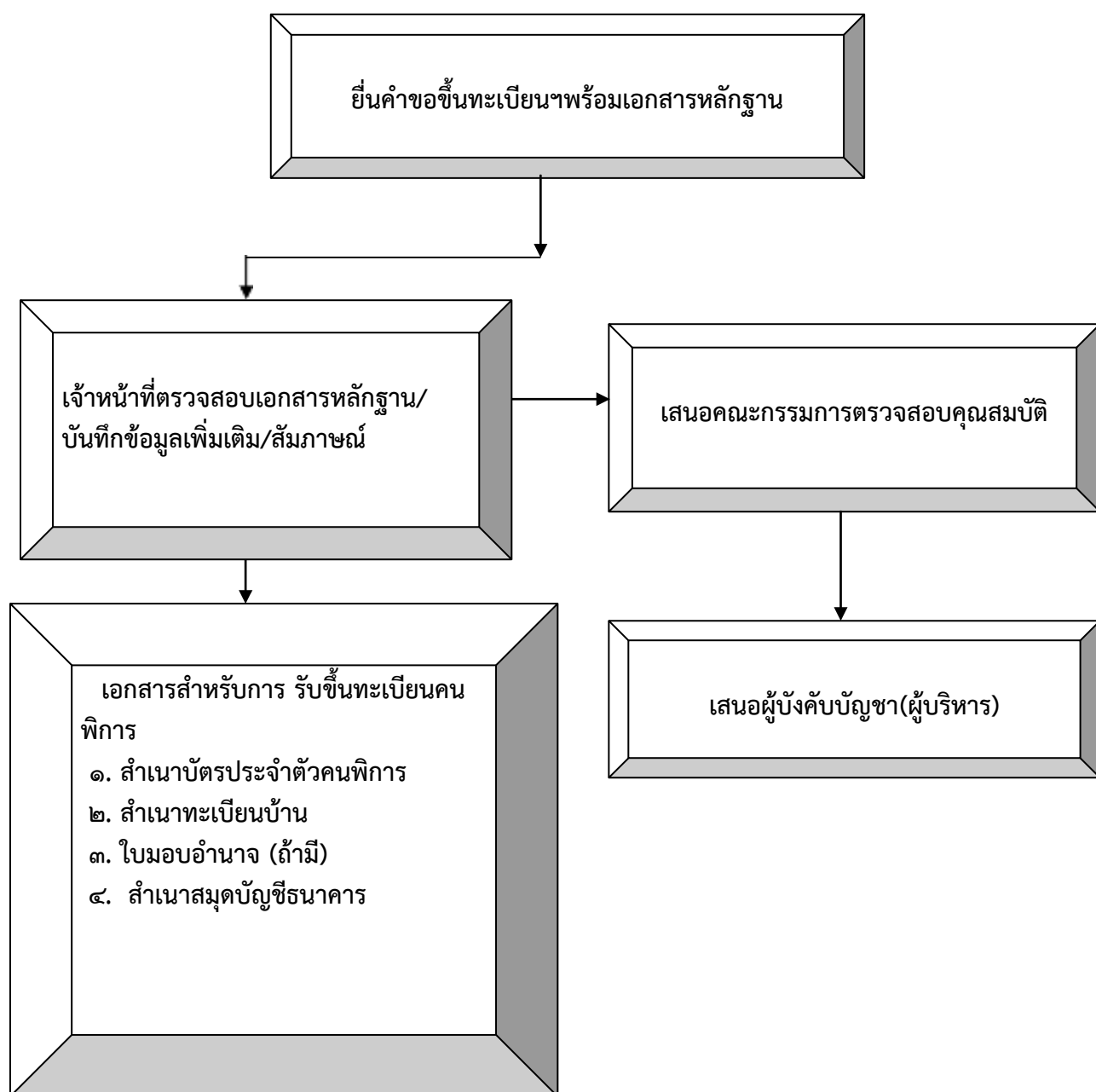


จัดส่งเอกสารไปยัง พมจ.เพื่อขอทำบัตรประจำตัวคนพิการรับบัตรประจำตัวคนพิการ



ดำเนินการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ

แผนผังแสดงขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนคนพิการ



ระยะเวลาดำเนินการ ไม่เกิน ๕ นาที

การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ

การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ สามารถติดต่อได้ที่ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยขา หรือ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานี (ศาลากลางจังหวัดหลังใหม่ ชั้น๑) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

เอกสารหลักฐาน

- บัตรประจำตัวคนพิการ(ตัวจริง)
- รูปถ่ายคนพิการครึ่งตัวหน้าตรงไม่สวมหมวกไม่ใส่แว่นไม่ใส่หน้ากากอนามัย
- สำเนาบัตรประชาชน ๑ ใบ
- สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ใบ

ผู้ดูแลคนพิการ(คนเดิม)

- สำเนาบัตรประชาชน ๑ ใบ (เขียนยินยอมเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ)
- สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ใบ

ผู้ดูแลคนพิการ(คนใหม่)

- สำเนาบัตรประชาชน ๑ ใบ
- สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ใบ

****** หากอยู่คนละบ้านเลขที่ต้องมีหนังสือรับรองผู้ดูแลคนพิการพร้อมแนบสำเนาบัตร ประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ

การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ข้อเสนอสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

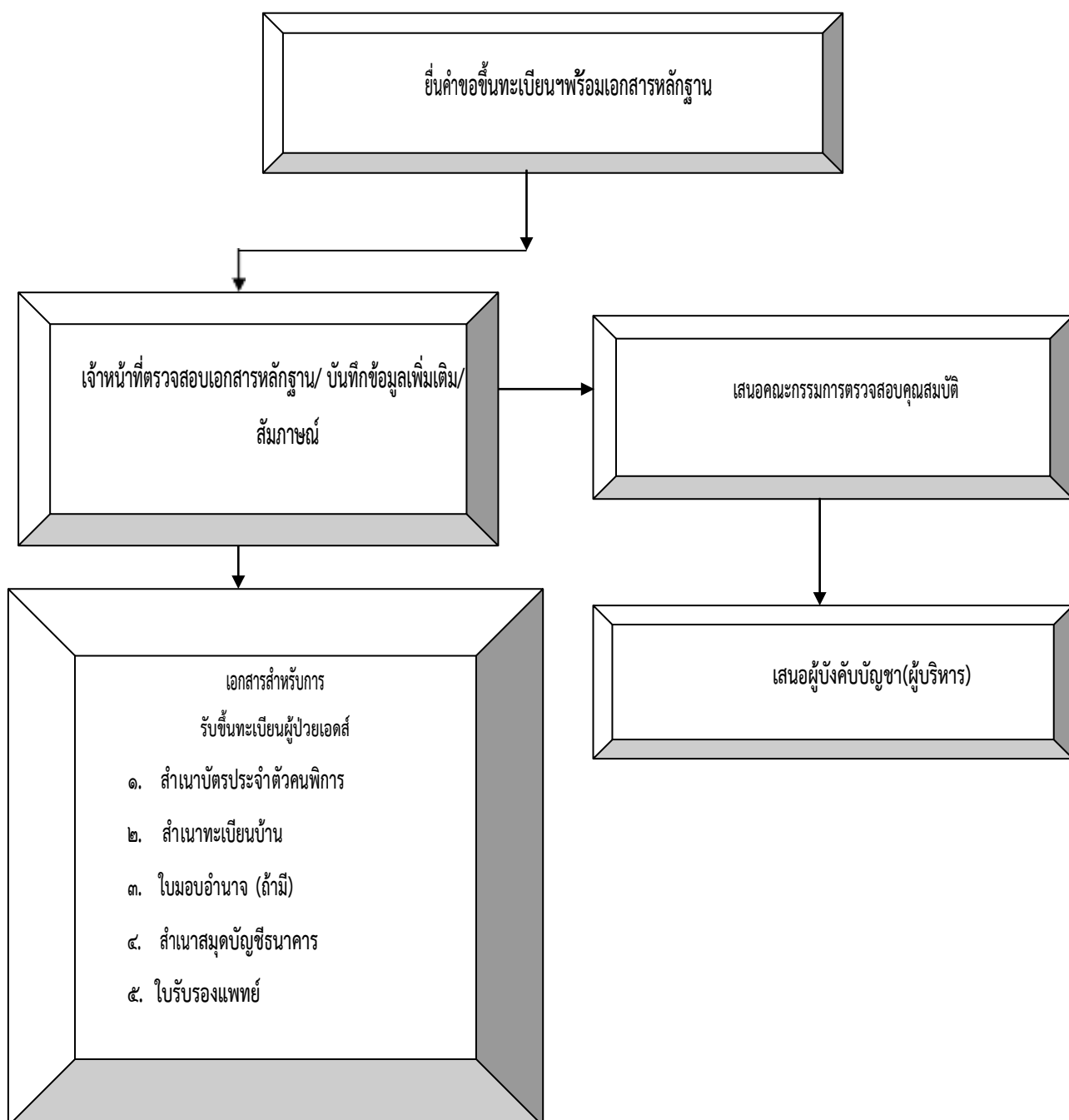
๑. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดย สถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยขา
๓. การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์สามารถยื่นคำร้องได้ที่ งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยขา โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่นดังนี้
 - ๓.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
 - ๓.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
 - ๓.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
๔. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้
๕. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด
๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพ ผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้ป่วยเอดส์จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ภูมิลำเนาเท่านั้น
๗. กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิตผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้องแจ้งให้งานพัฒนาชุมชนทราบภายใน วัน ๗

ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่าป่วยเป็น **โรคเอดส์ /AIDs**

เท่านั้น หากระบุว่าป่วยเป็น HIV หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง

จะไม่เข้าหลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์

แผนผังแสดงขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์



ระยะเวลาดำเนินการ ไม่เกิน ๕ นาที

การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ

๑. ตาย
๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตอบต. ห้วยข่า
๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
๔. ขาดคุณสมบัติ

ขั้นตอนการลงทะเบียน โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

๑. ผู้ปกครองสามารถยื่นลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ณ องค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่น ในท้องถิ่นที่เด็กแรกเกิดได้พักอาศัยอยู่จริง หรือยื่นคำร้องขอลงทะเบียนผ่านแอปพลิเคชัน D.DOPA ก่อน พร้อมแนบเอกสารในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์
๒. ผู้ปกครองที่ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนฯ ซึ่งไม่มีสัญชาติไทย แต่เด็กมีสัญชาติไทยให้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียน ที่กรมกิจการเด็กและเยาวชน หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด
๓. ผู้ปกครองที่ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนฯ จะต้องดำเนินการลงทะเบียนใช้บริการพร้อมเพย์ PromptPay โดย การผูกเลขประจำตัวประชาชน กับบัญชีเงินฝากธนาคาร)บัญชีออมทรัพย์(

ขั้นตอนการลงทะเบียน

๑. ผู้ปกครอง ยื่นเอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียน ณ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบล หรือลงทะเบียน ผ่านแอปพลิเคชัน “เงินเด็ก” และยืนยันตัวตนผ่านแอปพลิเคชัน D.DOPA ก่อน พร้อมแนบเอกสารในรูปแบบ ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์
๒. เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร,คุณสมบัติ
๓. บันทึกข้อมูลลงในระบบ
๔. ดึงข้อมูลตีติประกาศทุกวันที่ ๑ และ วันที่ ๑๖ ของทุกเดือน
๕. จัดส่งเอกสารการลงทะเบียนพร้อมหลักฐานประกอบ ให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานี เมื่อตีติประกาศครบ ๑๕ วัน

คุณสมบัติเด็กแรกเกิดที่มีสิทธิ

- ๑) มีสัญชาติไทย (พ่อแม่มีสัญชาติไทย หรือพ่อ หรือแม่มีสัญชาติไทย)
- ๒) เด็กที่มีอายุไม่เกิน ๖ ปี
- ๓) อาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำ
- ๔) ไม่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของหน่วยงานของรัฐ หรือเอกชน

คุณสมบัติผู้ปกครองที่มีสิทธิลงทะเบียน

- ๑) มีสัญชาติไทย
- ๒) เป็นบิดา มารดา หรือบุคคลอื่นที่เป็นผู้เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
- ๓) เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วย
- ๔) อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำ หรือครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ต่อคน ต่อปี โดย สมาชิกต้องมีความสัมพันธ์ทางเครือญาติหรือการสมรส หรืออยู่กินกันฉันสามีภรรยา หรือด้วยเหตุอื่นตามกฎหมาย และสมาชิกต้องอาศัยอยู่จริงในครัวเรือนติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า ๑๘๐ วัน ในรอบปีที่ผ่านมา แต่ไม่นับรวมลูกจ้าง ครัวเรือน

กรณีผู้ปกครองไม่มีสัญชาติไทย แต่เด็กมีสัญชาติไทย

- ๑) เป็นบุคคลที่เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
- ๒) เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วย
- ๓) อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำ หรือครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ต่อคน ต่อปี โดยสมาชิกต้องมีความสัมพันธ์ทางเครือญาติหรือการสมรส หรืออยู่กินกันฉันสามีภริยา หรือด้วยเหตุอื่นตามกฎหมาย และสมาชิกต้องอาศัยอยู่จริงในครัวเรือนติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า ๑๘๐ วัน ในรอบปีที่ผ่านมา แต่ไม่นับรวมลูกจ้าง ครัวเรือน
- ๔) ผู้ปกครองและเด็กอาศัยอยู่ในราชอาณาจักรไทย

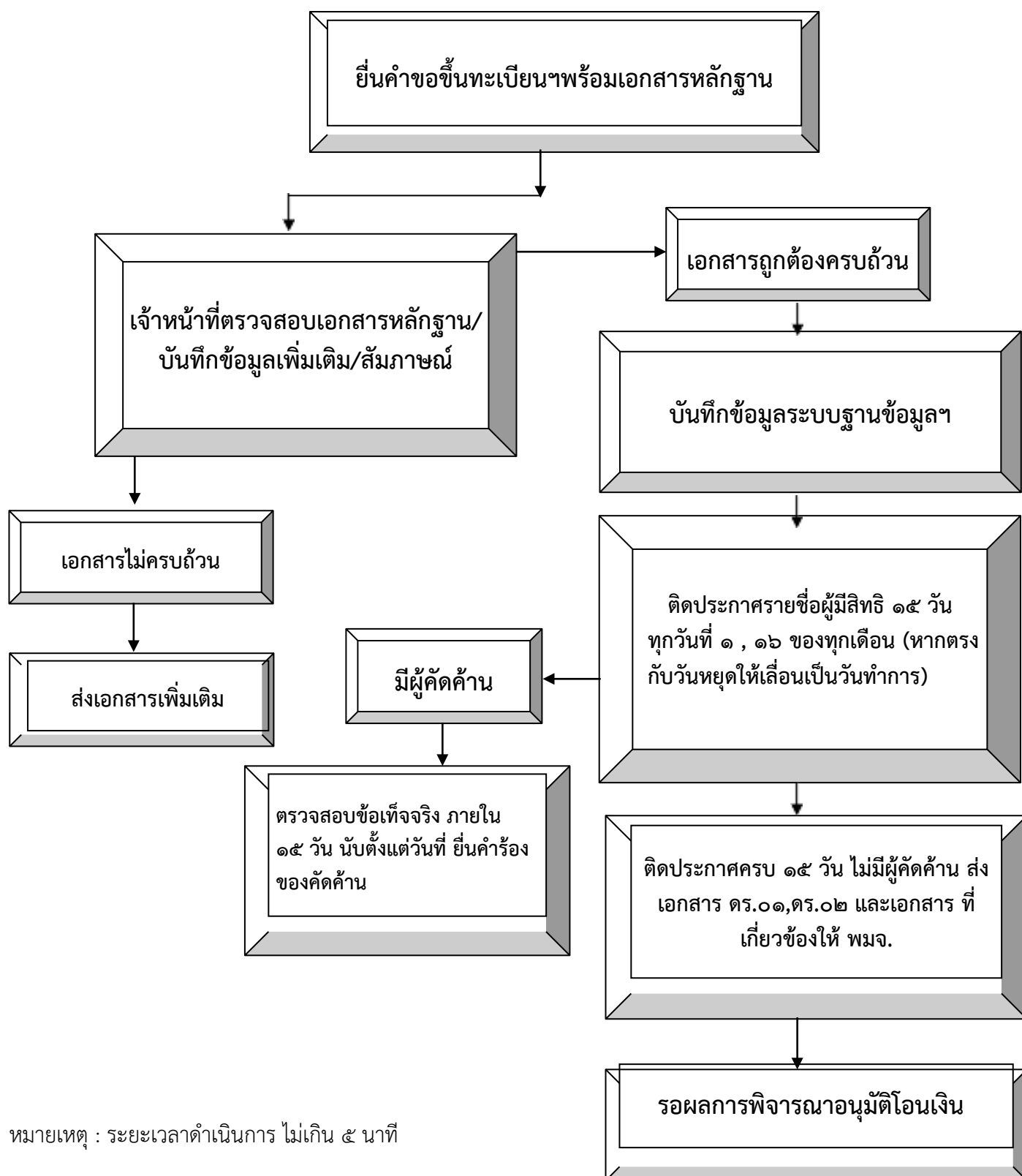
เอกสารประกอบการลงทะเบียน

๑. แบบลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิฯ (ดร.๐๑) (รับได้ที่ลงทะเบียน)
๒. แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒) การรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒)
๓. สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
๔. หนังสือรับรองรายได้หรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่มีรายได้ประจำเป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท)
๕. เอกสาร หรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรหรือเอกสารอื่นใดที่แสดงสถานะหรือตำแหน่งของ ผู้รับรองคนที่ ๑ และผู้รับรองคนที่ ๒
- ๖ สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

การจ่ายเงิน

- กรมบัญชีกลางจะโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารที่ลงทะเบียนใช้บริการพร้อมเพย์ (PromptPay) ซึ่งผูกกับเลขประจำตัวประชาชนของผู้ปกครองที่ได้รับสิทธิ
- จ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดในอัตราเดือนละ ๖๐๐ บาท ต่อคน ต่อเดือน จนถึงเดือนก่อนที่เด็กแรกเกิดอายุครบ ๖ ปี

แผนผังแสดงขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเด็กแรกเกิด



การยื่นขอรับเงินค่าจัดการศพตามประเพณี

ผู้สูงอายุที่เสียต้องเข้าหลักเกณฑ์ ดังนี้

๑. อายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป

๒. สัญชาติไทย

๓. ผู้สูงอายุที่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เว้นแต่ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ แต่ยังไม่
มีบัตรฯ หรือยังไม่ได้ลงทะเบียน ให้กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือ
ประธานชุมชน เป็นผู้ออกหนังสือรับรอง ตามแบบที่อธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุกำหนด ขั้นตอนการยื่นขอรับเงินค่าจัดการ
ศพตามประเพณี

๔. ผู้รับผิดชอบในการจัดการศพ ยื่นเอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียน ณ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยข้า

๕. เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร

๖. จัดส่งเอกสารการลงทะเบียนพร้อมหลักฐานประกอบ ให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์จังหวัด
อุบลราชธานีเอกสารประกอบการยื่นขอรับเงินค่าจัดการศพตามประเพณี

๑. สำเนาใบมรณบัตร

๒ ฉบับ

จำนวน

๒. สำเนาบัตรสวัสดิการของรัฐของผู้สูงอายุ

จำนวน ๒ ฉบับ

๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เสียชีวิต

จำนวน ๒ ฉบับ

๔. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต

จำนวน ๒ ฉบับ

๕. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ

จำนวน ๒ ฉบับ

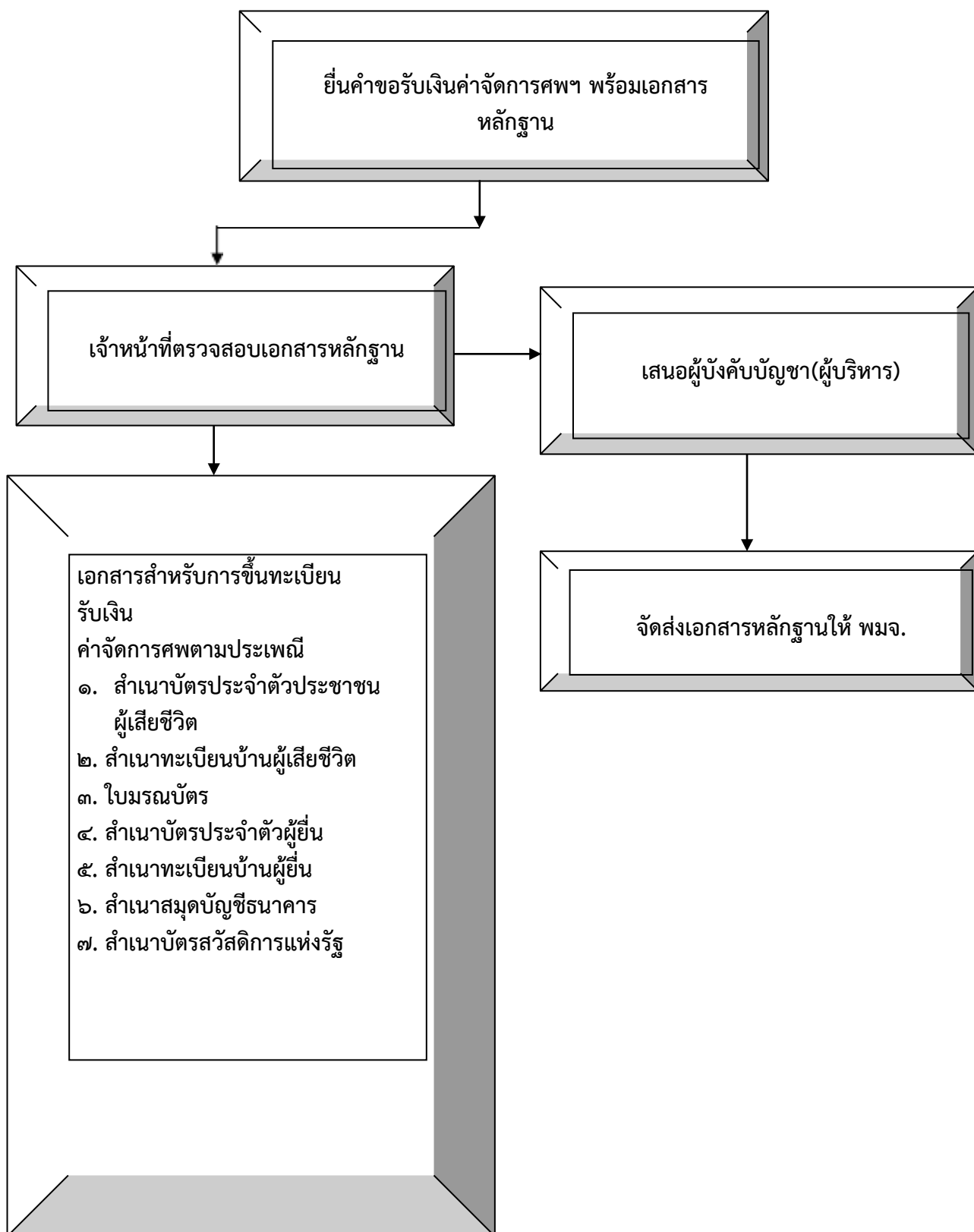
๖. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยื่นคำขอ

จำนวน ๒ ฉบับ

๗. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารผู้ยื่นคำขอ

จำนวน ๑ ฉบับ

แผนผังแสดงขั้นตอนการยื่นขอรับเงินค่าจัดการศพตามประเพณี



หมายเหตุ : ระยะเวลาดำเนินการ ไม่เกิน ๕ นาที

การกู้ยืมเงินทุนโครงการเศรษฐกิจชุมชน

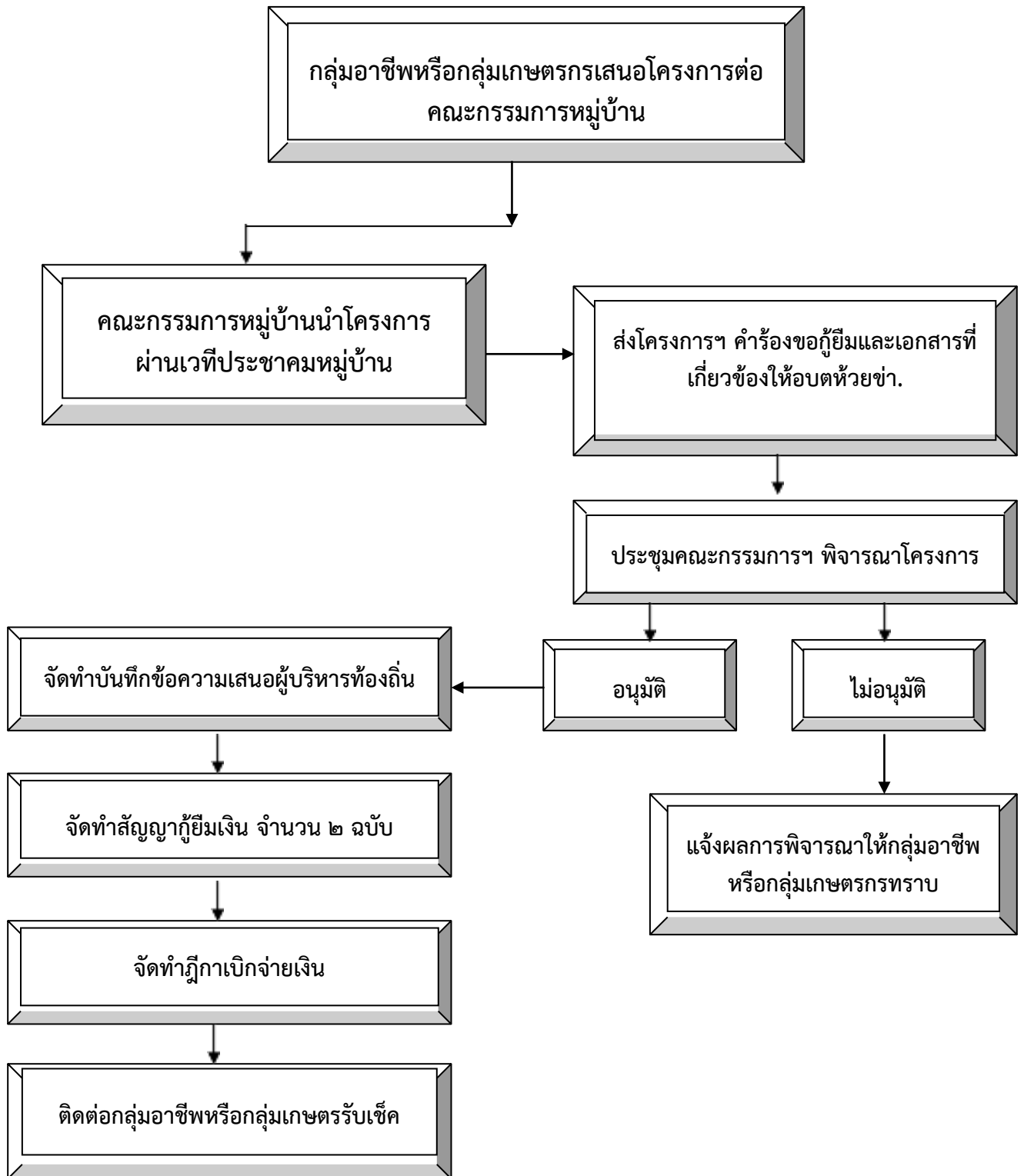
หลักเกณฑ์และขั้นตอนการกู้ยืมเงิน

๑. กลุ่มอาชีพหรือกลุ่มเกษตรกร เสนอโครงการผ่านคณะกรรมการหมู่บ้าน และคณะกรรมการหมู่บ้านให้การรับรองว่ากลุ่มอาชีพหรือกลุ่มเกษตรกรที่มีภูมิลำเนาอยู่ในหมู่บ้านนั้นจริง
๒. คณะกรรมการหมู่บ้านนำโครงการที่กลุ่มอาชีพหรือกลุ่มเกษตรกรเสนอผ่านเวทีประชาคมหมู่บ้าน ร่วมกันพิจารณา หากมีกลุ่มอาชีพหรือกลุ่มเกษตรกรยื่นเสนอขอกู้ยืมเงินทุนมากกว่าหนึ่งกลุ่ม ให้พิจารณาจัด เรียงลำดับความสำคัญ ตามความจำเป็นและความเหมาะสมของโครงการ ทั้งนี้ให้แล้วเสร็จภายในสัปดาห์วันนับแต่ วันที่ได้รับโครงการ
๓. ให้คณะกรรมการหมู่บ้านนำโครงการที่ผ่านการพิจารณาจากเวทีประชาคมหมู่บ้าน ส่งให้ คณะกรรมการบริหารเงินทุนตามโครงการเศรษฐกิจชุมชนพิจารณา
๔. คณะกรรมการบริหารเงินทุนตามโครงการเศรษฐกิจชุมชนพิจารณาอนุมัติให้กลุ่มอาชีพหรือกลุ่ม เกษตรกรยืมเงินทุนตามโครงการที่เสนอมาเฉพาะโครงการที่มีวงเงินไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท โดยมีเงินสมทบร้อยละ ๓๐ ของวงเงินงบประมาณโครงการ เว้นแต่จะเห็นว่าเป็นโครงการที่มีประโยชน์อย่างยิ่งต่อกลุ่มอาชีพหรือกลุ่ม เกษตรกร มีความเป็นไปได้สูง และไม่มีความเสี่ยงกับเงินที่กู้ยืมว่าจะสูญไป โครงการดังกล่าวจะไม่มีเงินสมทบก็ได้
๕. โครงการของกลุ่มอาชีพหรือกลุ่มเกษตรกรที่คณะกรรมการบริหารเงินทุนตามโครงการเศรษฐกิจ ชุมชนพิจารณาอนุมัติแล้ว จัดทำบันทึกข้อความเสนอนายกองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยข้าเตรียมการเบิกจ่ายเงิน ให้กลุ่มอาชีพหรือกลุ่มเกษตรกรต่อไป

เอกสารหลักฐานประกอบการกู้ยืมเงิน

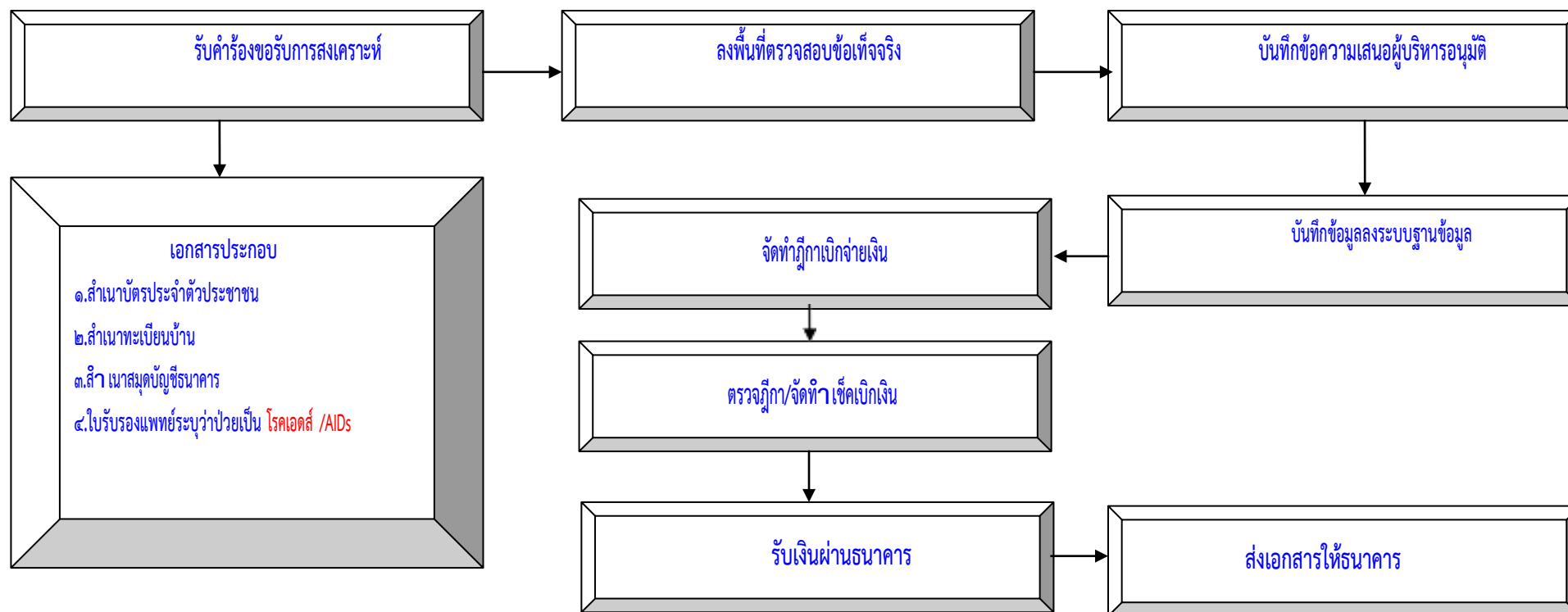
- | | |
|---|----------------|
| ๑. เอกสารการจัดตั้งกลุ่ม | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. แบบเสนอโครงการ | จำนวน ๑ ชุด |
| ๓. คำร้องขอกู้ยืมเงิน | จำนวน ๑ ชุด |
| ๔. ทะเบียนรายชื่อสมาชิกกลุ่ม | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๕. สำเนาบันทึกการประชุมประชาคมหมู่บ้าน | จำนวน ๑ ชุด |
| ๖. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารกลุ่ม | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๗. สำเนาทะเบียนบ้านและบัตรประจำตัวประชาชนของสมาชิกที่กู้ยืมเงิน | อย่างละ ๑ ฉบับ |
| ๘. สำเนาใบเสร็จขาระเงินคืน (ถ้ามี) | |

แผนผังแสดงขั้นตอนการดำเนินงานโครงการเศรษฐกิจชุมชน



ภาคผนวก

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การเบิก-จ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์)



ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๗

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นคำขอลงทะเบียนแทน

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.....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 ☐ ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ประสบภัย
☐ ได้รับเงินเบี้ยความพิการ ☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

- ☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
 พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้
☐ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☐ ทะเบียนบ้าน
☐ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
☐ บัญชีเงินฝากธนาคาร.....บัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

☐ "ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ณ วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพ
 ผู้สูงอายุ และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ"

☐ "ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
 และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ"

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หมายเหตุข้อความที่ต้องการ



แบบคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปถ่าย
คนพิการ

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

☐ ขอมิบัตรครั้งแรก

☐ ขอมิบัตรเนื่องจาก

☐ บัณฑิตพิเศษดุษฎี

☐ ข้าราชการ

☐ สูญหาย

☐ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ

☐ ย้ายครอบครัวหรือเปลี่ยนภูมิลำเนา

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

๑.๑ คำนามบ้านนาม ☐ 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..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

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

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

มือถือ..... โทรศัพท์..... อ.ท.ส.ล.....

๑.๘ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

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

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

มือถือ..... โทรศัพท์..... อ.ท.ส.ล.....

๑.๙ การศึกษา

☐ ไม่ได้เรียน

จบการศึกษาชั้นสูงสุด

☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

☐ อนุปริญญา ระดับมหาวิทยาลัยการศึกษา.....

☐ ปริญญาตรี ระดับมหาวิทยาลัยการศึกษา.....

☐ สูงกว่าปริญญาตรี ระดับมหาวิทยาลัยการศึกษา.....

☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๑.๑๐ อาชีพ

☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....

ประกอบอาชีพ

☐ เกษตรกรรม ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ ลูกจ้างเอกชน

☐ รับจ้างทั่วไป ☐ ธุรกิจส่วนตัว ☐ อาชีพอื่น ๆ (ระบุ).....

๑.๑๑ รายได้รวมจากประกอบอาชีพของคนพิการ..... บาท

๑.๑๒ รายได้รวมของคนพิการทั้งหมด (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว)..... บาท

๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี)..... คน

- ๒ -

๓.๓๔) ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

- ☐ ทางกาเดิน ☐ ทางกาได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ทางกาเคลื่อนไหวหรือท่าทางกาย
☐ ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ ทางสติปัญญา ☐ ทางกาเรียนรู้ ☐ ทางออสติก

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

๓.๓ ผู้ดูแลคนพิการ ☐ ไม่มี ☐ มี (กรอกข้อมูลข้อ ๓.๒)

๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(๑) คำนานนาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ(ระบุ)

(๒) ชื่อ นามสกุล

(๓) เลขประจำตัวประชาชน

เลขหนังสือเดินทาง (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)

(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ☐ บิดมารดา ☐ บุตร ☐ สามีหรือภรรยา ☐ พี่น้อง

☐ ปู่ย่าตายาย ☐ ลูกพี่ลูกน้อง ☐ บุคคลอื่น (ระบุ)

(๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ หมู่ที่ ต.รอก/ชอ. อ.บ.

หมู่บ้าน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

มือถือ โทรสาร อีเมล

(๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ

(.....)

คนพิการ

ลงชื่อ

(.....)

ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน

เลขประจำตัวประชาชน

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมิบัตรครบถ้วน ☐ เห็นควร ☐ ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

☐ อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ

☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

☐ ความเห็นอื่น ๆ

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๔

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน:ผู้ยื่นคำขอฯ แทนฯ ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา - มารดา ☐ บุตร ☐ สามี - ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....

เลขประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....

ด้วยข้าพเจ้าชื่อ.....นามสกุล.....

เกิดวันที่.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน เลขที่หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....ตำบล/แขวง.....

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

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชนที่ยื่นคำขอ.....

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางออกทิสติก☐ พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมสถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ.....

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

เกี่ยวข้องกับ ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามี- ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ อื่นๆ.....ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่เมื่อ.....☐ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ อื่นๆ(ระบุ).....☐ มีอาชีพ (ระบุ).....รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....(บาท)☐ มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือกวิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแลธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี.....

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจผู้ดูแลคนพิการและผู้รับมอบอำนาจ(ในกรณียื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและขอข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

(.....)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - แล้ว ☐ เป็นผู้มีความสมัครใจครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก..... (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลร่วมจิต คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)
คำสั่ง ☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่นๆ..... (ลงชื่อ)..... (นายกนิพนธ์ เมืองทุม) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลร่วมจิต วัน/เดือน/ปี.....	

(ติดตามรอยเส้นประ ให้จนถึงการที่เป็นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

ทะเบียนเลขที่..... /

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

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

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

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

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปคนหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

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

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

แบบ ศร.01



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.....



แบบ สป.02

แบบรับรองสถานะของครัวเรือน
ตารางแสดงจำนวนสมาชิกและรายได้ของครัวเรือน

ส่วนที่ 1 : ผู้ลงทะเบียน

ข้อมูลสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่จริงของผู้ลงทะเบียน

(กรณีต่างครัวที่มีบัตรประจำตัวซึ่งไม่มีสัญชาติไทย) สามารถกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มได้

ลำดับ ที่	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อ นามสกุล	อายุ	ความสัมพันธ์ กับเด็ก	อาชีพ	รายได้/เดือน	บัตรสวัสดิการ แห่งรัฐ	
							มี	ไม่มี

จำนวนสมาชิกของครัวเรือนทั้งหมด.....คน (นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย)

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

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

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน
(.....)
วันที่ลงทะเบียน.....

- หมายเหตุ : 1) รายได้เฉลี่ยคำนวณจากรายได้รวมของครัวเรือนหารด้วยจำนวนสมาชิกทั้งหมดของที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้น โดยนับรวมรายได้ในรอบปีของสมาชิกทุกคนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้นติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 180 วันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยให้นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย ซึ่งสมาชิกของครัวเรือนมีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติโดยสายโลหิต หรืออยู่กันด้วยกันอันสามีภรรยา หรือด้วยเหตุอื่นตามกฎหมาย แต่ไม่นับรวมผู้ซึ่งเป็นลูกจ้างหรือผู้ซึ่งได้อนุญาตให้อยู่อาศัยด้วย
- 2) กรณีสมาชิกในครัวเรือนเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานบริษัท ผู้มีรายได้ประจำ ให้แนบหนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือนของผู้มีรายได้ประจำ ด้วยทุกคน
- 3) กรณีสมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐทุกคน ไม่ต้องมีผู้รับรองสถานะของครัวเรือน



แบบ ศสส. 01

แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ และรับรองผู้รับมีสิทธิชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

เขียนที่

รับ เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ 1 : สำหรับผู้ยื่นขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

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

มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ตายในฐานะเป็น และเป็นผู้รับมีสิทธิชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุ
 โดยได้รับความยินยอมจากบิดา/มารดา/บุตร/พี่น้อง/เครือญาติ/ของผู้สูงอายุที่ตายให้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพ
 ของผู้สูงอายุที่ตาย ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน ออกให้โดย วันออกบัตร
 วันหมดอายุ อาศัยอยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ต.รอก/ซอย ถนน
 ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์
 โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ

ถึงแก่กรรมด้วยสาเหตุ เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

ตามใบมรณบัตรเลขที่ ออกให้โดย เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ได้นี้เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าไม่เคยได้รับเงินสงเคราะห์ในการจัดการ
 ศพผู้สูงอายุรายนี้มาก่อน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่ / /

ส่วนที่ 2 : ขอแสดงถึงการรับรองผู้รับมีสิทธิชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

เขียนที่

รับ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ตำแหน่ง
 สังกัดหน่วยงาน เลขบัตรประจำตัวประชาชน
 ออกให้โดย วันออกบัตร วันหมดอายุ
 อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ต.รอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง
 อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

ขอรับรองว่าผู้ยื่นคำขอดังกล่าวเป็นผู้รับมีสิทธิชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุรายนี้จริง

(ลงชื่อ) ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ / /

ส่วนที่ 2 : ผู้รับรอง

ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 1 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)
ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว นามสกุล..... ตำแหน่ง : สังกัดหน่วยงาน โทรศัพท์ : ☐ รับรอง เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น ☐ ไม่รับรอง เนื่องจาก..... (ลงชื่อ) ผู้รับรองคนที่ 1 : (.....) ตำแหน่ง วันที่ หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 1 : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมืองพัทยา อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการชุมชน ประธานชุมชน ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนั้น ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ ต้องไม่เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน และผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลในครัวเรือนที่มีรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนเกิน ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ ต้องไม่เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน และผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลในครัวเรือนที่มีรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนเกิน
ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 2 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)
ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว นามสกุล..... ตำแหน่ง : สังกัดหน่วยงาน โทรศัพท์ : ☐ รับรอง เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น ☐ ไม่รับรอง เนื่องจาก..... (ลงชื่อ) ผู้รับรองคนที่ 2 : (.....) ตำแหน่ง วันที่ หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 2 : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมืองพัทยา อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการชุมชน ประธานชุมชน ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนั้น ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ ต้องไม่เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน และผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลในครัวเรือนที่มีรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนเกิน



แบบ ศรช.02

**แบบรับรองการมีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ
แต่ยังไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียนบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ**

เขียนที่

วัน เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว) ตำแหน่ง

สังกัดหน่วยงาน อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ออกให้โดย

วันออกบัตร วันหมดอายุ อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน

ครอบครัว/ชาย ครอบ ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

โทรศัพท์มือถือ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้สูงอายุที่ตายชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี

มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ แต่ยังไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียนบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและข้อมูลในบัตรประชาชนหรือภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้แก่หน่วยงานของรัฐและยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถามและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาจัดสรรสวัสดิการและหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามกฎหมายของรัฐ และหรือเพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้ถือว่าคู่ฉบับและบรรดาสำเนาภาพถ่าย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสารที่ทำขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้าเช่นเดียวกัน

(ลงชื่อ) ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ / /

หมายเหตุ : ผู้ดำเนินการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน เป็นผู้ให้การรับรองผู้สูงอายุที่ตาย โดยผู้ยื่นคำขอและผู้รับรอง ต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน

