

คู่มือการปฏิบัติงานด้านสวัสดิการสังคม



องค์การบริหารส่วนตำบลคันธุลี

- ขั้นตอนการยืนยันสิทธิการขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- ขั้นตอนการลงทะเบียนผู้พิการ
- ขั้นตอนการลงทะเบียนผู้ป่วยเอดส์หรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDs)
- ขั้นตอนการลงทะเบียนเด็กแรกเกิด



กองสวัสดิการสังคมองค์การบริหารส่วนตำบลคันธุลี

โทร ๐๗๗-๓๘๑๙๖๘

คำนำ

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลคันธุลีมีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคม การสงเคราะห์ประชาชนผู้ทุพพลภาพ ขาดแคลน ไร้ที่พึ่งในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลคันธุลี และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลเหล่านี้ รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้รับเงินเบี้ยยังชีพ โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๔)

ดังนั้น องค์การบริหารส่วนตำบลคันธุลี จึงได้จัดทำคู่มือการดำเนินงานของกองงานสวัสดิการสังคมขึ้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้อง มีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็วและเกิดประโยชน์สูงสุดในการขอรับบริการของประชาชน

องค์การบริหารส่วนตำบลคันธุลี หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์แก่ประชาชนในพื้นที่ตำบลคันธุลีหรือประชาชนทั่วไป ให้มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิที่พึงได้รับรวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดประชาชนที่มาขอรับบริการต่อไป

นางสาวอริสา เต่าจันทร์
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ
องค์การบริหารส่วนตำบลคันธุลี

●ภารกิจของสวัสดิการสังคม

กองสวัสดิการสังคม มีหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับการปฏิบัติงานการสงเคราะห์การดูแล คุณภาพชีวิตประชาชน เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการทุพพลภาพ และผู้ด้อยโอกาส การส่งเสริมสวัสดิการ เด็กและเยาวชน การพัฒนาชุมชน การจัดระเบียบชุมชน การจัดให้มีและสนับสนุนกิจกรรมศูนย์ เยาวชน การส่งเสริมงานสาธารณะ การให้คำปรึกษาแนะนำหรือตรวจสอบ เกี่ยวกับงานสวัสดิการสังคม การส่งเสริมอาชีพ สร้างรายได้ การเสนอแนะเกี่ยวกับการส่งเสริม การวางแผนโครงการการสำรวจจัดเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติ เพื่อนำไปใช้ประกอบการพิจารณา กำหนดนโยบาย แผนงานและแนวทางการปฏิบัติในการจัดสวัสดิการ และปฏิบัติงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือได้รับมอบหมายโดยแบ่งส่วนราชการภายใน ดังนี้

๑. งานสวัสดิการและพัฒนาชุมชน มีหน้าที่ความรับผิดชอบ

- งานกิจการสตรีและผู้สูงอายุ
- งานสวัสดิการเด็กและเยาวชน
- งานส่งเสริมและสวัสดิการครอบครัว
- งานชมรมผู้สูงอายุ
- งานส่งเสริมและสนับสนุนศูนย์พัฒนาครอบครัว
- งานส่งเสริมและสนับสนุนศูนย์บริการทางสังคมแบบมีส่วนร่วม
- งานผลิตและเผยแพร่เอกสารทางราชการเกี่ยวกับงานส่งเสริมและสวัสดิการสังคม
- งานประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการสวัสดิการสังคม
- งานส่งเสริมสนับสนุนนโยบายของทางราชการ
- งานคัดเลือกคณะกรรมการชุมชนรับผิดชอบในการปรับปรุงชุมชนของตนเอง



๒. งานสังคมสงเคราะห์ มีหน้าที่ความรับผิดชอบ

- งานสงเคราะห์ประชาชนผู้ทุกข์ยาก ขาดแคลนไร้ที่พึ่ง
- งานส่งเสริมสวัสดิภาพเด็กและสตรีและสงเคราะห์หญิงบางประเภท
- งานเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ป่วยเอดส์
- งานสงเคราะห์ผู้ด้อยโอกาสประเภทต่างๆ
- งานสงเคราะห์ครอบครัวและเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตและครอบครัว
- งานนโยบายเร่งด่วนด้านสังคมสงเคราะห์ต่างๆ

- งานให้คำปรึกษา แนะนำและเผยแพร่ความรู้ในด้านสังคมสงเคราะห์
- งานผลิตและเผยแพร่เอกสารทางราชการเกี่ยวกับงานสังคมสงเคราะห์
- งานประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการสังคมสงเคราะห์



๓. งานส่งเสริมอาชีพและพัฒนาสตรี มีหน้าที่ความรับผิดชอบ

- การฝึกอบรมและเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับงานส่งเสริมและพัฒนาอาชีพสตรี
- งานส่งเสริมและจัดตั้งกลุ่มอาชีพ
- งานส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน
- งานพัฒนารูปแบบและคุณภาพผลิตภัณฑ์ชุมชน
- งานประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ เกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาอาชีพ
- งานส่งเสริมสนับสนุนนโยบายของทางราชการ



๔. งานธุรการ มีหน้าที่ความรับผิดชอบ

- งานด้านธุรการ รับ-ส่ง หนังสือ ของกองสวัสดิการสังคม
- งานด้านการเตรียมการจัดประชุมต่างๆ และจัดทำบันทึกรายงานการประชุม
- งานจัดทำฎีกาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในงานกองสวัสดิการสังคม
- งานเอกสารทางราชการ พิมพ์หนังสือ คำสั่ง ระเบียบ ที่เกี่ยวข้อง



การรับลงทะเบียนยืนยันสิทธิการขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

การรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อรับสิทธิในการรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ นั้น บุคคลที่จะสามารถลงทะเบียนต้องเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ ดังนี้

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ข้อ ๖ ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

(๑) มีสัญชาติไทย

(๒) มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(๓) มีอายุครบสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปซึ่งได้ยืนยันสิทธิขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(๔) เป็นผู้ไม่มีรายได้หรือมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุกำหนด

ขั้นตอนการยืนยันสิทธิการขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ยื่นเอกสาร/หลักฐานกรอกแบบฟอร์มแบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ที่กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลคันธุลี

หลักฐานประกอบการยื่นคำขอ ดังนี้

➤ บัตรประจำตัวประชาชน ต้องไม่หมดอายุ



➤ ทะเบียนบ้าน



➤ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร



หมายเหตุ : ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง สามารถมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับที่องค์การบริหารส่วนตำบลคันธุลี พร้อมนำเอกสารดังที่กล่าวมาข้างต้นของผู้รับมอบอำนาจมาด้วย

การรับลงทะเบียนผู้พิการ

การรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อรับสิทธิ์ในการรับเบี้ยยังชีพผู้พิการ นั้น บุคคลที่จะสามารถลงทะเบียนต้องเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ ดังนี้

การรับลงทะเบียนผู้พิการ

การรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อรับสิทธิ์ในการรับเบี้ยยังชีพผู้พิการ นั้น บุคคลที่จะสามารถลงทะเบียนต้องเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ ดังนี้

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

ผู้พิการตรวจสอบคุณสมบัติของตนเอง ตามรายการดังนี้

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลคันธุลี (ตามทะเบียนบ้าน)
- (๓) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- (๔) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ



ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ
ยื่นเอกสาร/ หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม “แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ” ซึ่งสามารถรับ
แบบฟอร์มได้ที่กองสวัสดิการสังคม

หลักฐานประกอบการยื่นคำขอ ดังนี้

- บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการฉบับจริง



- บัตรประจำตัวประชาชน ต้องไม่หมดอายุ



- ทะเบียนบ้าน



➤ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร



หมายเหตุ : กรณีที่คนพิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง สามารถมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทน ซึ่งต้องนำหลักฐานที่กล่าวมาข้างต้นของคนพิการและคนดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย

**ข้อควรทราบ : คนพิการที่เป็นผู้สูงอายุสามารถลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้
ซึ่งจะทำให้ได้ทั้งเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและเบี้ยความพิการ**

ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ

๑. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสารรับรองความพิการ
๒. ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี หรือ กองสวัสดิการสังคมองค์การบริหารส่วนตำบลคันทันธุ์ โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้
 - ๒.๑ เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยแพทย์เฉพาะทาง (ตัวจริง)
 - ๒.๒ รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
 - ๒.๓ ทะเบียนบ้าน
 - ๒.๔ บัตรประจำตัวประชาชน
 - ๒.๕ ถ้าคนพิการมีผู้ดูแล ให้นำเอกสารตามข้อ ๒.๓ และ ๒.๔ ของผู้ดูแลมาด้วย
๓. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอทำบัตรประจำตัวคนพิการ ให้นำหลักฐาน ตามข้อ ๒.๔ – ๒.๕ มาด้วย

การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

- ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี หรือ กองสวัสดิการสังคมองค์การบริหารส่วนตำบลคันทันธุ์ โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้
๑. บัตรประจำตัวคนพิการ (ตัวจริงที่หมดอายุ)
 ๒. รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป
 ๓. บัตรประจำตัวประชาชนและทะเบียนบ้าน
 ๔. กรณีคนพิการมีผู้ดูแล ให้นำบัตรประจำตัวประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้ดูแลมา
 ๖. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการให้นำหลักฐานตามข้อ ๓-๔ มาด้วย

การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ

ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด สุราษฎร์ธานี หรือ กองสวัสดิการสังคมองค์การบริหารส่วนตำบลคันทรี โดยใช้เอกสาร ดังต่อไปนี้

๑. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการ
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
๓. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนเดิม ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
๔. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
๕. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ
๖. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้รับรอง จำนวน ๑ ฉบับ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ส.อบต. หรือ ข้าราชการ ระดับ ๓ ขึ้นไป)

การรับลงทะเบียนผู้ป่วยเอดส์หรือโรคมุ้มนั้กันบกพร่อง (AIDs)

การรับลงทะเบียนผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ป่วยโรคมุ้มนั้กันบกพร่อง (AIDs) นั้น บุคคลที่จะสามารถลงทะเบียนต้องเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ดังนี้

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

- (๑) ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
- (๒) ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลคันทรี
- (๓) ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่าป่วยเป็น โรคเอดส์/AIDs เท่านั้น หากระบุว่าป่วยเป็น HIV หรือ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง จะไม่เข้าหลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์

การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

สามารถยื่นคำร้องได้ที่กองสวัสดิการสังคมองค์การบริหารส่วนตำบลคันทรี โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่น ดังนี้

- ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
- บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง
- ทะเบียนบ้านฉบับจริง
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร สำหรับกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผ่านธนาคาร
- กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ ด้วยตนเองได้สามารถมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้
- กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการหรือเป็นผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิได้โดยไม่ซ้ำซ้อน
- กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้วต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนา เท่านั้น

โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

ภารกิจงานเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด เป็นภารกิจงานของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการเด็กและเยาวชน ซึ่งได้ขอความร่วมมือให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็น หน่วยงานรับลงทะเบียน จัดทำประกาศรายชื่อ บันทึกรายชื่อข้อมูลอย่างย่อ และจัดส่งเอกสารให้แก่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

วิธีการดำเนินการ

๑. ให้บริการในการรับลงทะเบียนขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ณ สำนักงานองค์การองค์การบริหารส่วนตำบลชั้นฐิติ ตามแบบที่กรมกิจการเด็กและเยาวชนกำหนด

- แบบ ดร ๐๑. แบบคำร้องเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
- แบบ ดร ๐๒. แบบรับรองสถานะของครัวเรือน ตารางแสดงจำนวนสมาชิกและรายได้ครัวเรือน
- แบบ ดร ๐๓. แบบคำร้องเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (กรณีไม่มีผู้รับรองสถานะของครัวเรือน)

๑.๑. คุณสมบัติเด็กแรกเกิดที่มีสิทธิ

๑. มีสัญชาติไทย
๒. ตั้งแต่แรกเกิดจนมีอายุครบ ๖ ปี
๓. อาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย
๔. ไม่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของหน่วยงานของรัฐ หรือเอกชน

๑.๒. คุณสมบัติผู้ปกครองที่มีสิทธิลงทะเบียน

๑. สัญชาติไทย
๒. เป็นบุคคลที่รับเด็กแรกเกิดไว้ในความอุปการะ
๓. เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วย
๔. อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย คือ สมาชิกครัวเรือนมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ต่อคน ต่อปี

ทั้งนี้ มารดาที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ยังไม่ต้องมายื่นคำร้องขอลงทะเบียน

๑.๓. เอกสารประกอบการลงทะเบียน

๑. แบบ ดร.๐๑
๒. แบบ ดร.๐๒
๓. บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง
๔. สูติบัตรเด็กแรกเกิด

๕. กรณีที่ผู้ยื่นคำร้องและสมาชิกในครัวเรือนของผู้ยื่นคำร้องเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท ต้องมีเอกสารใบรับรองเงินเดือนหรือรับรองรายได้ของทุกคนที่มี รายได้ประจำโดยสลิปเงินเดือน หรือเอกสารหลักฐานที่นายจ้างลงนาม

๖. สำเนาเอกสาร หรือบัตรข้าราชการ เจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่ง หรือเอกสารอื่นใดที่แสดงตน (อพม./อสม.) ของผู้รับรองคนที่ ๑ และผู้รับรองคนที่ ๒

****หมายเหตุ**** ไม่ต้องแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร แต่ต้องผูกพร้อมเพย์ด้วยเลขบัตรประชาชนผู้ยื่นลงทะเบียน

จัดทำประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลชั้นฐิติ เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการ เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ประจำเดือน..... ครั้งที่..... (แบบ ดร ๐๔.) ปิดประกาศในที่เปิดเผยเป็นเวลา ๑๕ วัน หากติดประกาศภายใน ๑๕ วันไม่มีผู้คัดค้านให้ถือว่าผู้มีรายชื่อนี้ตามบัญชีแนบท้ายประกาศ เป็นผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ๒.๓ ดำเนินการบันทึกข้อมูลอย่างย่อ ภายหลังปิดประกาศแล้วเสร็จสิ้นจัดส่งเอกสารแบบ ดร.๐๑ แบบ ดร.๐๒ และเอกสารประกอบการลงทะเบียนให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี

 การย้ายภูมิลำเนาของผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ			
ที่	ระยะเวลาการย้ายภูมิลำเนา	การรับเงินเบี้ยยังชีพ ฯ	แนวทางการดำเนินการ
๑	กรณีผู้สูงอายุ ย้ายภูมิลำเนาภายในเดือนกันยายน ๒๕๖๗ หรือก่อนหน้า และไม่ได้ไปยืนยันสิทธิหรือไม่ได้ไปขึ้นทะเบียน (เดิม) เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น แห่งใหม่	➡ ภายในเดือนตุลาคม ๒๕๖๗ จะไม่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ทั้งองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (แห่งใหม่) และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (แห่งเดิม) จนกว่าจะไปยืนยันสิทธิ ฯ	➡ ให้ผู้สูงอายุที่ย้ายภูมิลำเนาไปยืนยันสิทธิขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (แห่งใหม่) และจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ในเดือนถัดไป (ไม่มีการตกเบิกหรือจ่ายย้อนหลัง)
๒	กรณีผู้สูงอายุ ย้ายภูมิลำเนา ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๗ เป็นต้นไป (ภายในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘)	➡ หากยังไม่ได้ไปยืนยันสิทธิขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (แห่งใหม่) ให้ผู้สูงอายุ นั้น ยังคงรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (แห่งเดิม) ไปจนถึงสิ้นปีงบประมาณที่แจ้งย้ายภูมิลำเนา แล้วแต่ไปยืนยันสิทธิ ฯ ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (แห่งใหม่)	➡ ให้ผู้สูงอายุที่ย้ายภูมิลำเนาไปยืนยันสิทธิขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (แห่งใหม่) และจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ในเดือนถัดไป (รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ต่อเนื่องจากที่เดิมและที่ใหม่)



<https://www.facebook.com/NakharinKlinson>

หมายเหตุ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ต้องได้รับการยืนยันจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งเดิม

ข้อควรทราบ

การรับเงินเบี้ยยังชีพกรณีผู้พิการย้ายที่อยู่

ผู้พิการที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพอยู่แล้วในพื้นที่อื่น ภายหลังได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่ในพื้นที่ตำบลคันธุลี ให้มาแจ้งขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพต่อที่ องค์การบริหารส่วนตำบลคันธุลี ตั้งแต่วันย้ายเข้ามาในพื้นที่ ซึ่งจะมีสิทธิรับเบี้ยยังชีพจากองค์การบริหารส่วนตำบลคันธุลีในเดือนถัดไป เช่น

นาง ข. รับเงินเบี้ยยังชีพองค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้อย ภายหลังได้แจ้งย้ายที่อยู่มาอยู่ตำบลคันธุลี ในวันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๗ นาง ข. ต้องมาขึ้นทะเบียนใหม่ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลคันธุลี ตั้งแต่วันย้ายเข้า ซึ่งนาง ข. จะมีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการจากองค์การบริหารส่วนตำบลคันธุลีในเดือน พฤศจิกายน ๒๕๖๗

การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ

การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ เป็นอัตราเบี้ยยังชีพแบบ “ขั้นบันได” หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วงๆ หรือเป็นขั้น ขึ้นไปเรื่อยๆ โดยเริ่มตั้งแต่ อายุ ๖๐ ปี

ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือนสำหรับผู้สูงอายุ (แบบขั้นบันได)

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

วิธีการรับเงิน

วิธีการรับเงิน

- รับเงินด้วยตนเอง
- โอนเข้าบัญชีธนาคารผู้มีสิทธิ



กรณีผู้แทนที่ได้รับมอบอำนาจแทน

- ผู้แทนที่ได้รับมอบอำนาจรับเงินสดแทนผู้มีสิทธิ
- โอนเข้าบัญชีธนาคาร ของผู้แทนที่ได้รับมอบอำนาจผู้มีสิทธิ



หมวด ๕

การสิ้นสุดการได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ข้อ ๑๔ สิทธิของผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามระเบียบนี้สิ้นสุดลงในกรณี ดังต่อไปนี้

(๑) ตาย

(๒) ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖

(๓) แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นหนังสือต่อองค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่นที่ตนมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

การรับเงินผู้พิการ

ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนเงิน (บาท)
อายุต่ำกว่า ๑๘ ปี	๑,๐๐๐
อายุ ๑๘ ปีขึ้นไป	๘๐๐

วิธีการรับเงิน

วิธีการรับเงิน

- รับเงินด้วยตนเอง
- โอนเข้าบัญชีธนาคารผู้มีสิทธิ

กรณีผู้แทนที่ได้รับมอบอำนาจแทน

- ผู้แทนที่ได้รับมอบอำนาจรับเงินสดแทนผู้มีสิทธิ
- โอนเข้าบัญชีธนาคาร ของผู้แทนที่ได้รับมอบอำนาจผู้มีสิทธิ

หมวด ๕ การสิ้นสุดการได้รับเงินเบี้ยความพิการ

ข้อ ๑๔ สิทธิของผู้ได้รับเงินเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้สิ้นสุดลงในกรณีดังต่อไปนี้

(๑) ตาย

(๒) ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖

(๓) แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยความพิการเป็นหนังสือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมี สิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการ

กรณีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการดังกล่าวสิ้นสุดลงตามวรรคหนึ่ง ให้ผู้บริหารองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น สั่งระงับการจ่ายเงินเบี้ยความพิการสำหรับบุคคลดังกล่าวทันที เว้นแต่กรณีตามข้อ ๘

ค่าธรรมเนียม

-ไม่มีค่าบริการ-

ภาคผนวก

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
(การรับยืนยันสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ)



ขั้นตอนการรับยืนยันสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ๑๐ นาที/ราย เวลาที่ปฏิบัติงานที่ปรับลด ๓-๕ นาที/ราย

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
(การรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ)



แบบฟอร์ม

แบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นแบบยืนยันสิทธิแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ขอลงทะเบียน

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.....

มีความประสงค์ ☐ ขอยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2566)

☐ ไม่ขอรับสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

☐ “ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ณ วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

☐ “ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ยื่นแบบยื่นยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

การยื่นยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการยื่นยันสิทธิ โดยได้รับตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....เป็นต้นไป กรณีผู้สูงอายุซึ่งได้รับเบี้ยยังชีพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนึ่งหรือกรุงเทพมหานคร ได้ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นหรือกรุงเทพมหานครแล้วแต่กรณีให้ผู้สูงอายุนั้นยื่นยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ หรือกรุงเทพมหานครที่ตนมีภูมิลำเนา หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่องานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด โทร 077-381968



แบบคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ

รูปถ่าย
คนพิการ

หน่วยงานรับคำขอ.....
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

- ☐ ขอมิบัติครั้งแรก
- ☐ ขอมิบัติเนื่องจาก ☐ บัณฑิตหมดอายุ ☐ ชำรุด
☐ สูญหาย ☐ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ
☐ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

- ๑.๑ คำนำหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่น ๆ (ระบุ)
- ๑.๒ ชื่อ..... นามสกุล.....
- ๑.๓ เกิดเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.
- ๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน - - - -
- ๑.๕ ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่น ๆ (ระบุ)
- ๑.๖ สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ หม้าย
- ๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....
- ๑.๘ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....
- ๑.๙ การศึกษา
☐ ไม่ได้เรียน
จบการศึกษาชั้นสูงสุด
☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย
☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)
☐ อนุปริญญา ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
☐ ปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
☐ สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
☐ อื่น ๆ (ระบุ)
- ๑.๑๐ อาชีพ
☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....
ประกอบอาชีพ
☐ เกษตรกรรม ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ ลูกจ้างเอกชน
☐ รับจ้างทั่วไป ☐ ธุรกิจส่วนตัว ☐ อาชีพอื่น ๆ (ระบุ).....
- ๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ.....บาท/เดือน
- ๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว).....บาท
- ๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี)คน

๑.๑๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

- ☐ ทางกาเห็น ☐ ทางกาได้อินหรือสื่อความหมาย ☐ ทางกาเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
☐ ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ ทางสติปัญญา ☐ ทางการเรียนรู้ ☐ ทางอภิสติ

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ☐ ไม่มี ☐ มี (กรอกข้อมูลข้อ ๓.๒)

๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

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

(๒) ชื่อ..... นามสกุล.....

(๓) เลขประจำตัวประชาชน - - - -

เลขหนังสือเดินทาง (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)

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

☐ ปู่ย่าตายาย ☐ ลุงป้า/น้าอา ☐ บุคคลอื่น (ระบุ).....

(๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

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

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

มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....

(๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล..... บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ.....

(.....)

คนพิการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน

เลขประจำตัวประชาชน - - - -

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน ☐ เห็นควร ☐ ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

☐ อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ

☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

☐ ความเห็นอื่น ๆ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ชื่อผู้รับรอง).....อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการ/บัตรประจำตัวพนักงาน เลขที่.....
ตำแหน่ง..... ออกให้โดย.....
วันหมดอายุ..... มีสถานภาพเป็น.....

- ☐ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ☐ ข้าราชการ ☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ สมาชิกสภาท้องถิ่น
- ☐ ประธานชุมชน ☐ พนักงานราชการ ☐ ลูกจ้างประจำ (ของหน่วยงานราชการ, รัฐวิสาหกิจ)

อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....
 แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
 โทรศัพท์..... ซึ่งอาศัย หรือปฏิบัติหน้าที่ อยู่ในพื้นที่เดียวกันกับคนพิการพักอาศัยอยู่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า (ชื่อผู้ดูแล).....
เป็นผู้ดูแลคนพิการชื่อ (ชื่อบุคคลพิการ)..... เลขประจำตัวประชาชน
.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....จริง โดยผู้ดูแลคนพิการ มีความเกี่ยวพันเป็น.....
กับคนพิการ และเป็นผู้ดูแลคนพิการ ซึ่งปัจจุบันพักอาศัยอยู่บ้านหลังเดียวกันจริง ทั้งนี้เพื่อให้หนังสือรับรองฉบับนี้
เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา

- ☐ ออกบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ เปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ ☐ เพิ่มชื่อผู้ดูแลคนพิการ

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ :

- บัตรประจำตัวกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกสภาท้องถิ่น ประธานชุมชน พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พร้อมรับรองสำเนาบัตรประจำตัวมาด้วย
- การรับรองเอกสารอันเป็นเหตุที่มีความผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา

ข้อมูลคนพิการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว ☐ เป็นผู้มีความสมัครใจ ☐ เป็นผู้ที่ไม่สมัครใจ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้ลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลคันธุลี คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (นายผจญ บัวทอง) กำนันตำบลคันธุลี กรรมการ (ลงชื่อ) (นายชาคริต สุขอนันต์) ผู้อำนวยการกองคลัง กรรมการ (ลงชื่อ) (นางสาวสุพรรณณี แพชนะ) รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล
คำสั่ง ☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่นๆ..... (ลงชื่อ) (นายสมานพันธ์ รักษาประสงค์) นายกองค้การบริหารส่วนตำบลคันธุลี วัน/เดือน/ปี	

ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยืนค้ำของทะเบี่ยนเก็บไว้

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568 โดยจะได้รับเบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือน.....ในอัตราเดือนละ 800บาท/เดือน ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์รปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ **ทันที** ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่องานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด โทร 077-381968

แบบแสดงตนการดำรงชีวิตอยู่ เพื่อยืนยันสิทธิขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568
องค์การบริหารส่วนตำบลคันธุลี อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

เขียนที่.....
.....

วันที่.....เดือนกันยายน พ.ศ.2567

ชื่อ - สกุล.....
เลขประจำตัวประชาชน.....โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอแจ้งการแสดงตนการดำรงชีวิตอยู่ต่อองค์การบริหารส่วนตำบลคันธุลีว่า ขณะนี้
ข้าพเจ้ามีชีวิตอยู่ และมีความประสงค์แสดงตนของผู้มีสิทธิรับเงินดังกล่าว ในปีงบประมาณ พ.ศ.2568
โดยปัจจุบันอาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบลคันธุลี อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
พ.ศ.2548 สำหรับผู้ป่วยเอดส์ และขอรับเงินโดยวิธี

- ☐ รับเป็นเงินสดด้วยตนเอง
- ☐ รับเป็นเงินสดโดยผู้รับมอบอำนาจ ชื่อ.....
- ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ
ผ่านธนาคาร.....บัญชีเลขที่.....
- ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
ผ่านธนาคาร.....บัญชีเลขที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับเบี้ย
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(.....)

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

เฉพาะกรณีผู้ป่วยเอดส์มอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ลงทะเบียน
ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
□-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่.....
.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้ป่วยเอดส์

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/แขวง.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□
สถานภาพสมรส □ โสด □ สมรส □ หม้าย □ หย่าร้าง □ แยกกันอยู่ □ อื่นๆ.....
รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

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

เกี่ยวข้องโดยเป็น □ บิดา - มารดา □ บุตร □ สามี - ภรรยา □ พี่น้อง □ อื่น ๆ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ ☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี □□□-□-□□□□□-□□□

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพขอรับเงินผ่านธนาคาร)
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอ ฯ แทน)
☐ หนังสือที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้อง

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

□-□□□□-□□□□□-□□-□ **เลข**

☐ เป็นผู้มีความสนใจสมัคร

☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก

(ลงชื่อ).....
(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลคันธุลี

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว

มีความเห็นดังนี้

☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน

กรรมการ (ลงชื่อ).....

(นายผจญ บัวทอง)

กำนันตำบลคันธุลี

กรรมการ (ลงชื่อ).....

(นาชากริต สขอนันต์)

ผู้อำนวยการกองคลัง

กรรมการ (ลงชื่อ).....

(นางสาวสุพรรณณี แพชนะ)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลคันธุลี

คำสั่ง

☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่นๆ.....

(ลงชื่อ).....

(นายสมานพันธ์ รักษ์ประสงค์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลคันธุลี

วัน/เดือน/ปี.....

(ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้ป่วยเอดส์ที่ยืนคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนวันที่.....เดือนพ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2567 ถึง เดือนกันยายน 2568 ในอัตรา 500 บาท/เดือน ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน กรณีผู้ป่วยเอดส์ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น (ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2567 ถึง วันที่ 30 พฤศจิกายน 2568) จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายน 2559 ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง



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.....
- 2.8 อาชีพ ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ ประกอบอาชีพ ระบุ.....
- 2.9 การศึกษา ☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ กำลังศึกษา..... ☐ จบการศึกษา (สูงสุด).....

ข้อมูลบิดา

- ☐ ไม่ปรากฏบิดา
- 2.10 ☐ เด็กชาย ☐ นาย.....
- 2.11 เลขประจำตัวประชาชน - - - -
- 2.12 อายุ.....ปี 2.13 สัญชาติ.....
- 2.14 อาชีพ ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ ประกอบอาชีพ ระบุ.....
- 2.15 การศึกษา ☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ กำลังศึกษา..... ☐ จบการศึกษา (สูงสุด).....

3. ช่องทางการรับเงินอุดหนุน (เลือกเพียง 1 ธนาคาร)

- ☐ ธนาคารกรุงไทย ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ ☐ ธนาคาร ธ.ก.ส. ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ ☐ ธนาคารออมสิน ประเภทบัญชีเงินฝากเพื่อเรียกชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

4. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- ☐ 4.1 แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.01)
☐ 4.2 แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.02)
☐ 4.3 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง
☐ 4.4 สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
☐ 4.5 สำเนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (เฉพาะหน้าที่ปรากฏชื่อหญิงตั้งครรภ์)
ในกรณีที่สมุดสูญหายให้ใช้สำเนาหน้า 1 ประวัติหญิงตั้งครรภ์พร้อมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูล และรับรองสำเนา
☐ 4.6 สำเนาหน้าแรกของสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
(ธนาคารกรุงไทย หรือธนาคารออมสิน หรือธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร)
☐ 4.7 หนังสือรับรองรายได้หรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่มีรายได้ประจำเป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท) จำนวน.....ใบ
☐ 4.8 สำเนาเอกสาร หรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรองคนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ยินยอมให้นำข้อมูลในบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อตรวจสอบสถานะบุคคลในฐานะข้อมูลทะเบียนราษฎร ข้อมูลทางการเงินและทรัพย์สิน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินในส่วนที่รับไปโดยไม่มีสิทธิ หรือยินยอมให้หักจากสวัสดิการอื่น หรือหักจากบัญชีเงินฝากธนาคารของข้าพเจ้าได้ ในการนี้ข้าพเจ้ายินดีรับข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็กผ่านช่องทางต่าง ๆ

(ลงชื่อ).....ผู้ลงทะเบียน (ลงชื่อ).....ผู้รับลงทะเบียน

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

วันที่ลงทะเบียน..... ตำแหน่ง.....

วันที่ลงทะเบียน.....

.....ตัดตามรอยปรุ.....

หมายเหตุ : สำหรับเก็บไว้เป็นหลักฐานเพื่อยืนยันการลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

1. หน่วยงานรับลงทะเบียน.....วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

1.1 ชื่อ-นามสกุล ผู้ลงทะเบียน.....

1.2 เลขประจำตัวประชาชน - - - -

1.3 ชื่อ - นามสกุล เด็กแรกเกิด ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง.....

1.4 เลขประจำตัวประชาชน - - - -

2. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- ☐ แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.01)
☐ แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.02)
☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง
☐ สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
☐ สำเนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (เฉพาะหน้าที่ปรากฏชื่อหญิงตั้งครรภ์)
ในกรณีที่สมุดสูญหายให้ใช้สำเนาหน้า 1 ประวัติหญิงตั้งครรภ์พร้อมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูล และรับรองสำเนา
☐ สำเนาหน้าแรกของสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
(ธนาคารกรุงไทย ธนาคารออมสิน ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร)
☐ หนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท หรือผู้มีรายได้ประจำ) จำนวน.....ใบ
☐ สำเนาเอกสาร หรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรองคนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน

(.....)



แบบรับรองสถานะของครัวเรือน
ตารางแสดงจำนวนสมาชิกและรายได้ของครัวเรือน

ส่วนที่ 1 : ผู้ลงทะเบียน

ข้อมูลสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่จริงของผู้ลงทะเบียน

(กรณีต่างด้าวที่มีบัตรประจำตัวซึ่งไม่มีสัญชาติไทย) 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 และใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ในบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้า หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตรงความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ระงับสวัสดิการและประโยชน์อื่น ๆ รวมทั้งคืนเงินที่ได้รับ

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน

(.....)

วันที่ลงทะเบียน.....

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

ส่วนที่ 2 : ผู้รับรอง

ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 1 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว นามสกุล.....

ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน

โทรศัพท์.....

- ☐ รับรอง ผู้ลงทะเบียนอาศัยอยู่ในพื้นที่ของข้าพเจ้า เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น

- ☐ ไม่รับรอง เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 1

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 1 : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมืองพัทยา อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร คณะกรรมการชุมชนของกรุงเทพมหานคร ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนั้น กรุงเทพมหานคร หากไม่มีผู้รับรองคนที่ 1 ให้ข้าราชการที่ดำรงตำแหน่งในระดับปฏิบัติการขึ้นไปหรือเทียบเท่าที่ปฏิบัติหน้าที่ในกรุงเทพมหานครเป็นผู้รับรองได้

ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 2 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว นามสกุล.....

ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน

โทรศัพท์.....

- ☐ รับรอง ผู้ลงทะเบียนอาศัยอยู่ในพื้นที่ของข้าพเจ้า เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น

- ☐ ไม่รับรอง เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 2

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 2 : ประธานอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำตำบล ประธานชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการสถานบริการสาธารณสุขในระดับตำบล ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่นที่ดำรงตำแหน่งในระดับปฏิบัติการขึ้นไป หรือเทียบเท่า ที่ปฏิบัติหน้าที่ในท้องที่หรือท้องถิ่นแห่งนั้น (ต้องมีใช้ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน)

ส่วนที่ 3 : การปิดประกาศ (สำหรับหน่วยงานรับลงทะเบียน)

เด็กหญิง/เด็กชาย/นาย/นางสาว.....

เป็นผู้ปกครองที่มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อดูแลเด็กแรกเกิด ที่ได้ปิดประกาศ 15 วันแล้ว

ตามประกาศ (ชื่อ อปท.)..... ลงวันที่.....ลำดับที่.....

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน

(.....)

วันที่