



เทศบาลตำบลเกาะเต่า

อำเภอเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

คู่มือการปฏิบัติงานเบี้ยยังชีพ

งานส่งเสริมสวัสดิการและสังคม สำนักปลัดเทศบาลตำบลเกาะเต่า



คำนำ

คู่มือปฏิบัติงานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดเทศบาลตำบลเกาะเต่า อำเภอเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ฉบับนี้ ได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามรูปแบบ เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ในปัจจุบันและเป็นมาตรฐานกลางในการถือปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ โดยพิจารณาถึงความครบถ้วนถูกต้องความเหมาะสมกับสภาพการณ์ในปัจจุบัน และชอบด้วยระเบียบกฎหมาย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากงานพัฒนาชุมชนมีภาระงานที่หลากหลายและแตกต่างกัน ซึ่งส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชน ทั้งด้านการพัฒนาชุมชน การส่งเสริมวัฒนธรรม กีฬา การท่องเที่ยว และการเกษตร รวมทั้งมีการใช้กฎหมายและระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นจำนวนมาก ซึ่งคู่มือการปฏิบัติงาน ฉบับนี้อาจมีข้อบกพร่องหรือข้อผิดพลาดเกิดขึ้น จึงต้องขออภัยมา ณ ที่นี้และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือการปฏิบัติงานพัฒนาชุมชน ฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงานสำหรับผู้บริหารผู้ปฏิบัติงานรวมทั้งบุคคลทั่วไปที่สนใจ

เทศบาลตำบลเกาะเต่า หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับรวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการต่อไป

สารบัญ

ส่วนที่๑ คู่มือการปฏิบัติงานด้านเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

การยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๑
คุณสมบัติของผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๑
หลักฐานในการขึ้นทะเบียนดังนี้	๑
กรณีที่ย้ายทะเบียนบ้าน	๒
วันเวลาเปิดให้บริการ	๒
วิธีการขั้นตอนการปฏิบัติงาน	๒
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	๓
การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ	๓
การนับรอบปีงบประมาณ	๓
วิธีคำนวณอายุผู้สูงอายุ	๓
การจ่ายเงิน	๔
การสิ้นสุดการได้รับเบี้ยยังชีพ	๔
กฎหมายที่เกี่ยวข้อง	๔
ระยะเวลาการปฏิบัติงานแต่ละขั้นตอน	๕
แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๖
ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือมอบอำนาจ	๗
สารพัดคำถาม	๘

ส่วนที่๒ คู่มือการปฏิบัติงาน การให้บริการสวัสดิการด้านเบี้ยยังชีพคนพิการ

การขึ้นทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้พิการ	๑๑
คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ	๑๑
การทำบัตรคนพิการ	๑๑
หลักฐานการจดทะเบียนคนพิการ/ต่ออายุบัตรคนพิการ	๑๒
การขอขึ้นทะเบียนรับเบี้ยความพิการ	๑๒
ยื่นเอกสารแล้วได้รับเงินเมื่อไหร่	๑๓
วิธีการขั้นตอนการปฏิบัติงาน	๑๓
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	๑๓
การย้ายผู้ลำนา	๑๓
การสิ้นสุดรับเบี้ยยังชีพคนพิการ	๑๓
กฎหมายที่เกี่ยวข้อง	๑๓



สารบัญ

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ	๑๔
แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี่ยงชีฟความพิการ	๑๕
ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือมอบอำนาจ	๑๗
ส่วนที่ ๓ คู่มือการปฏิบัติงาน การให้บริการสวัสดิการด้านเบี่ยงชีฟผู้ติดเชื้อเอดส์	
การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี่ยงชีฟผู้ป่วยเอดส์	๑๘
คุณสมบัติผู้มีสิทธิยื่นคำขอขึ้นทะเบียนเบี่ยงชีฟผู้ติดเชื้อเอดส์	๑๘
หลักฐานในการลงทะเบียน	๑๘
วิธีการขั้นตอนการปฏิบัติงาน	๑๘
การย้ายผู้ลำนา	๑๘
การสิ้นสุดการได้รับเบี่ยงชีฟ	๑๙
กฎหมายที่เกี่ยวข้อง	๑๙
ระยะเวลาการปฏิบัติงานแต่ละขั้นตอน	๒๐
แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี่ยงชีฟผู้ป่วยเอดส์	๒๑
ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือมอบอำนาจ	๒๓



ส่วนที่๑

คู่มือการปฏิบัติงาน

ด้านเบียร์ยังชีพผู้สูงอายุ



การยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑. สัญชาติไทย
๒. มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (ในกรณีที่ทะเบียนราษฎรระบุเฉพาะปีเกิด ให้ถือว่าบุคคล นั้นเกิดวันที่ ๑ มกราคมของปีนั้น เช่น เกิด พ.ศ.๒๕๐๖ ให้ถือว่าเกิด วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๐๖)
๓. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลเกาะเต่า
๔. ไม่เป็นผู้ที่รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือเทศบาล อบต. ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถาน สงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ที่ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือ ผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือเทศบาล อบต. จัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการหรือผู้ป่วยเอดส์ตาม ระเบียบ

หลักฐานในการขึ้นทะเบียนดังนี้

- | | |
|---|-------------|
| ๑. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้
โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย | จำนวน ๑ ชุด |
| ๒. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา | จำนวน ๑ ชุด |
| ๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร กรุงไทย ออมสิน ธกส
(เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขที่บัญชี) | จำนวน ๑ ชุด |

ผู้อื่นยื่นเอกสารแทนผู้สูงอายุได้หรือไม่

ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอ รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับเทศบาลตำบลเกาะเต่า งานส่งเสริมสวัสดิการและสังคม ชั้น ๒ โดยต้องมีหนังสือมอบอำนาจตัวจริงพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจอย่างละ ๑ ชุด



ยื่นเอกสารแล้วจะได้รับเงินเมื่อไหร่

กรณีที่ ๑ ผู้สูงอายุ เลยวันเกิด ที่มาลงทะเบียนผู้สูงอายุ จะได้รับในเดือนถัดไปที่ลงทะเบียนตัวอย่าง เช่น นาง ก เกิดวันที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๐๘ แต่มายืนยันสิทธิ ในเดือนมกราคม จะได้รับเงินในเดือนกุมภาพันธ์

กรณีที่ ๒ ผู้สูงอายุที่ ยังไม่ถึงวันเกิด ที่มาลงทะเบียนผู้สูงอายุ จะได้รับเดือนถัดไปของเดือนเกิด

ผู้สูงอายุแต่ละคนจะได้รับเงินเท่าไร

ปัจจุบันได้จ่ายแบบขั้นบันได ดังนี้

อายุ ๖๐ – ๖๙ ปี จะได้รับ ๖๐๐ บาท

อายุ ๗๐ – ๗๙ ปี จะได้รับ ๗๐๐ บาท

อายุ ๘๐ – ๘๙ ปี จะได้รับ ๘๐๐ บาท

อายุ ๙๐ ปีขึ้นไป จะได้รับ ๑,๐๐๐ บาท

กรณีที่ย้ายทะเบียนบ้าน

ในกรณี ผู้สูงอายุ มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพอยู่แล้ว ในพื้นที่อื่น ภายหลังได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่ในพื้นที่ เขตเทศบาลตำบลเกาะเต่า ให้มาแจ้งขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพที่เทศบาลตำบลเกาะเต่า แต่สิทธิ ในการรับเงินยังคงได้รับจากพื้นที่เดิมจนถึงสิ้นปีงบประมาณ

วันเวลาที่เปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. – ๑๖.๓๐ น. ในวันและเวลาราชการ

วิธีการขั้นตอนการปฏิบัติงาน

๑. ผู้สูงอายุหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจยื่นเอกสารที่ใช้ในการยืนยันสิทธิผู้สูงอายุ
๒. เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร และบันทึกข้อมูลลงในระบบสารสนเทศ
๓. รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
๔. เสนอผู้บังคับบัญชา
๕. จัดทำประกาศรายชื่อประจำเดือน



คู่มือการปฏิบัติงานเบี้ยยังชีพ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

งานส่งเสริมสวัสดิการและสังคม สำนักงานปลัดเทศบาลตำบลเกาะเต่า

หมายเหตุ

เอกสารต้องลงลายมือชื่อ สำเนาถูกต้องทุกฉบับ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายนิ้วมือ

การคำนวณเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับใน ปัจจุบัน (ปี๒๕๖๗) การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ คิดในอัตราเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได

แบบ “ขั้นบันได” หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วงๆ หรือ เป็นขั้นขึ้นไปเรื่อย ๆ โดยเริ่มตั้งแต่ อายุ ๖๐ ปี โดยคำนวณตามปีงบประมาณ

ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือน สำหรับผู้สูงอายุ (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

การนับรอบปีงบประมาณ คือ

ปีงบประมาณ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ปีถัดไป

วิธีคำนวณอายุ ของผู้สูงอายุ

การนับอายุว่าจะอยู่ในขั้นที่ เท่าไหร่ ให้นำ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน เท่านั้น

เช่น ๑. นาง ก. เกิด ๓๐ กันยายน ๒๔๙๘ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘ นาง ก. จะอายุ ๗๐ ปี หมายความว่า นาง ก. จะได้รับ เงินเบี้ยยังชีพ เดือนละ ๗๐๐ บาท ใน เดือน ตุลาคม ๒๕๖๘ (งบประมาณปี ๒๕๖๘)



การจ่ายเงิน

เทศบาลจะดำเนินการจ่ายเงินให้กับผู้สูงอายุ ที่มียืนยันสิทธิ โดยจะโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร ตามที่ผู้สูงอายุ ได้แจ้งไว้ ทุกวันที่ ๑๐ ทุกเดือน (กรมบัญชีกลาง)

การสิ้นสุดการได้รับเบี้ยยังชีพ

๑. ตาย
๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตเทศบาลตำบลเกาะเต่า
๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖

ระยะเวลาการปฏิบัติงานแต่ละขั้นตอน

ลำดับที่	ขั้นตอน	ระยะเวลาการดำเนินการ	วิธีการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
๑.	ยื่นคำขอการยืนยันสิทธิการรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๕ นาที	- ผู้สูงอายุหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ กรอกเอกสารเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ พร้อมเอกสารดังนี้ บัตรประชาชน ทะเบียนบ้าน หน้าสมุดธนาคาร (ใบมอบอำนาจกรณีที่มาอบอำนาจมายืนยันสิทธิ)	งานพัฒนาชุมชน
๒.	ตรวจสอบเอกสาร และบันทึกข้อมูลลงในระบบสารสนเทศฯ	๕ นาที	- เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร เมื่อเอกสารไม่ถูกต้อง หรือ เอกสารไม่ครบ ส่งคืนเจ้าของที่มาดำเนินการ -เจ้าหน้าที่ลงบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศฯ http://welfare.dla.go.th/Login.action	งานพัฒนาชุมชน
๓.	เสนอคณะกรรมการตรวจคุณสมบัติ	๕ นาที	- เจ้าหน้าที่รวบรวมเอกสาร เพื่อ เสนอคณะกรรมการตรวจคุณสมบัติผู้ที่ยืนยันสิทธิ	งานพัฒนาชุมชน
๔	เสนอผู้บังคับบัญชา และจัดทำประกาศรายชื่อประจำเดือน	๑๐ นาที	- เจ้าหน้าที่ขออนุมัติทำจัดประกาศผู้ที่ยืนยันสิทธิ ประจำเดือน - เจ้าหน้าที่ ประกาศผู้ที่ยืนยันสิทธิ ประจำเดือน - ติดประกาศ ณ เทศบาลตำบลเกาะเต่า และ เผยแพร่ที่หน้าเว็บไซต์ของเทศบาลตำบลเกาะเต่า เป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๑๕ วัน	งานพัฒนาชุมชน



คู่มือการปฏิบัติงานเบี้ยยังชีพ

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๗

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

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.....มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ ซอยถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดรหัสไปรษณีย์โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□□-□□-□□

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

มีความประสงค์ ☐ ขอยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยผู้สูงอายุ (เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่า ด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๖)

☐ ไม่ขอรับสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

- ☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมเอกสาร ดังนี้

- ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

☐ “ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ณ วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

☐ “ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ



คู่มือการปฏิบัติงานเบี้ยยังชีพ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ แล้ว ☐ เป็นผู้มิคุณสมบัติ ☐ เป็นผู้ที่รอตรวจสอบคุณสมบัติ ณ วันที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพ ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีตำบลเกาะเต่า คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็น ดังนี้ ☐ สมควรรับยืนยันสิทธิ ☐ ไม่สมควรรับยืนยันสิทธิ (ลงชื่อ) (นายอวยชัย ศรีทอง) ตำแหน่ง ปลัดเทศบาลตำบลเกาะเต่า (ลงชื่อ) (นางสาวพัทธนันท์ หนูแป้น) ตำแหน่ง รองปลัดเทศบาลตำบลเกาะเต่า (ลงชื่อ) (นางสาวศศิธร คงเพชร) ตำแหน่ง นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ
คำสั่ง ☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่น ๆ..... (ลงชื่อ) (นายวัชรินทร์ ฟาสิริ) นายกเทศมนตรีตำบลเกาะเต่า วัน/เดือน/ปี	

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่คุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการยืนยันสิทธิ โดยได้รับตั้งแต่เดือน..... พ.ศ..... เป็นต้นไป



คู่มือการปฏิบัติงานเบี้ยยังชีพ

ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือมอบอำนาจ

เรื่อง.....

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... บุตร นาย/นาง.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

ได้มอบอำนาจให้.....

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... บุตร นาย/นาง.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการ.....

แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้
เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็น
สำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

สารพัดคำถาม

ถาม **ผู้สูงอายุที่อยู่ในคุกสามารถขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุได้ หรือไม่



ตอบ ขึ้นทะเบียน**ไม่ได้** เพราะถือว่าได้รับการดูแลจากทางภาครัฐอยู่แล้ว หรือกรณีได้รับเงินเบี้ยยังชีพอยู่แล้ว ภายหลังต้องโทษ คดีสิ้นสุด ได้รับโทษจำคุก ถือว่าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติไม่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพเช่นกัน

ถาม **พระภิกษุสงฆ์สามารถขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุได้หรือไม่ ?



ตอบ ขึ้นทะเบียน**ได้** ยกเว้นพระภิกษุสงฆ์ที่ได้รับเงินเดือน (เงินนิตยภัต) เช่น เจ้าอาวาส เจ้าคณะตำบล เป็นต้น

ถาม **ผู้ที่ดำรงตำแหน่งทางการเมือง นายก อบต., รอง นายก อบต., สมาชิกสภา , กำนัน ,ผู้ใหญ่บ้าน สามารถขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุได้หรือไม่ ?



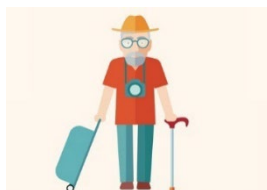
ตอบ ขึ้นทะเบียน**ไม่ได้** เนื่องจากมีเงินเดือนประจำ แต่เมื่อพ้นจากตำแหน่งแล้ว สามารถมาขึ้นทะเบียนได้

ถาม**ข้าราชการที่รับเงินบำเหน็จ สามารถขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุได้ หรือไม่



ตอบ ขึ้นทะเบียน**ได้**ค่ะ

ถาม **ถ้าผู้สูงอายุอาศัยอยู่ที่ต่างประเทศ แต่ยังมีชื่ออยู่ในทะเบียน บ้านในประเทศไทยสามารถขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุได้หรือไม่



ตอบ สามารถขึ้นทะเบียนได้ โดยการมอบอำนาจให้บุคคลอื่นแทน

ถาม ** ผู้สูงอายุที่รับเบี้ยยังชีพอยู่แล้ว สามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการรับเงินได้หรือไม่



ตอบ ได้ค่ะ โดยมายื่นความประสงค์ได้ที่ งานพัฒนาชุมชน เทศบาลตำบลเกาะเต่า

ถาม **บุคคลที่เป็นโรคเรื้อนและได้รับเงินจากกรมควบคุมโรคสามารถขึ้น ทะเบียนผู้สูงอายุได้หรือไม่



ตอบ ขึ้นทะเบียนได้

ถาม **ถ้าผู้สูงอายุรับเงินเบี้ยคนพิการ และผู้ป่วยเอดส์อยู่แล้ว จะสามารถขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ และรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้หรือไม่



ตอบ ขึ้นทะเบียนได้และสามารถรับเงินได้



ส่วนที่ ๒

คู่มือการปฏิบัติงาน การให้บริการ สวัสดิการด้านเบี่ยงชีพคนพิการ

การขึ้นทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้พิการ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ

๑. สัญชาติไทย
๒. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมาย ว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
๓. มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านในเขตเทศบาลตำบลเกาะเต่า
๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ
๕. ในกรณีผู้พิการเป็นผู้ซึ่งต้องขังหรือจำคุกอยู่ในเรือนจำ ทณฑสถานหรือสถานคุมขัง ของกรมราชทัณฑ์ หรือเป็นผู้ซึ่งถูกควบคุมอยู่ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน หรือศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน ให้ไปลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการต่อ ผู้บังคับบัญชา หรือผู้อำนวยการตามสถานที่ที่อยู่



ตัวอย่างบัตรประจำตัวคนพิการ

การทำบัตรคนพิการ

จดทะเบียนความพิการได้ที่

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี โทรศัพท์ ๐๗๗ ๓๕๕ ๐๘๐

หลักฐานการจดทะเบียนคนพิการ/ต่ออายุบัตรคนพิการ

- ในกรณีที่คนพิการไปด้วยตนเองให้เตรียมเอกสารดังนี้

- | | |
|--|--------------|
| ๑. เอกสารรับรองความพิการจากโรงพยาบาลของรัฐออกโดยแพทย์ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้ดูแลผู้พิการ) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๕. รูปถ่ายคนพิการ ขนาด ๑ นิ้ว ที่เป็นปัจจุบัน หรือถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน | จำนวน ๒ รูป |

ในกรณีเป็นเด็กใช้สูติบัตร พร้อมทั้งถ่ายสำเนา จำนวน ๑ ชุด (กรณียื่นแทนให้นำบัตร ประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้ยื่นแทนมาด้วย)

-ในกรณีที่มอบอำนาจให้ดำเนินการแทนคนพิการให้เตรียมเอกสารเพิ่มเติมดังนี้

- | | |
|--|--------------|
| ๑. สำเนาบัตรประจำตัวบัตรประชาชน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. หนังสือมอบอำนาจ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. รูปถ่ายคนพิการ ขนาด ๑ นิ้ว ที่เป็นปัจจุบัน หรือถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน | จำนวน ๒ ใบ |

การขอขึ้นทะเบียนรับเบี้ยความพิการ

หลักฐานในการขอขึ้นทะเบียนรับเบี้ยความพิการดังนี้

- | | |
|--|-------------|
| ๑. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ | จำนวน ๑ ชุด |
| ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน ๑ ชุด |
| ๓. สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร <u>กรุงไทย ออมสิน ธกส.</u> | จำนวน ๑ ชุด |

กรณีที่ผู้ยื่นแทนใช้หลักฐานดังนี้

- | | |
|--|-------------|
| ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน ๑ ชุด |
| ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน ๑ ชุด |
| ๓. หนังสือมอบอำนาจ | จำนวน ๑ ชุด |
| ๔. สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร <u>กรุงไทย ออมสิน ธกส.</u> | จำนวน ๑ ชุด |

ในการยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการจะต้องแสดงความประสงค์ในการขอรับเบี้ยความพิการ โดยวิธีใดวิธีหนึ่งดังนี้

๑. โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ
๒. โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ยื่นเอกสารแล้วได้รับเงินเมื่อไร

จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพในเดือนถัดไป หลังจากประกาศรายชื่อ ภายใน ๑๕ วันของเดือนถัดไป และไม่มีผู้คัดค้าน

คนพิการที่มีอายุ ๑๘ ขึ้นไปจะได้รับเบี้ยยังชีพในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท

คนพิการที่มีอายุน้อยกว่า ๑๘ ปีจะได้รับเบี้ยยังชีพในอัตราเดือนละ ๑,๐๐๐ บาท

วิธีการขั้นตอนการปฏิบัติงาน

๑. ผู้พิการหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจยื่นเอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียน
๒. เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร และบันทึกข้อมูลลงในระบบสารสนเทศฯ
๓. รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
๔. เสนอผู้บังคับบัญชา
๕. จัดทำประกาศรายชื่อประจำเดือน

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

งานส่งเสริมสวัสดิการและสังคม สำนักงานปลัดเทศบาลตำบลเกาะเต่า

การย้ายภูมิลำเนา

ในกรณี ผู้พิการ มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพอยู่แล้ว ในพื้นที่อื่น ภายหลังจากได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลตำบลเกาะเต่า ให้มาแจ้งขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับรับเงินเบี้ยยังชีพที่เทศบาลตำบลเกาะเต่า แต่สิทธิในการรับเงินยังคงได้รับจากพื้นที่เดิมจนสิ้นปีงบประมาณ

การสิ้นสุดรับเบี้ยยังชีพคนพิการ

๑. คนพิการเสียชีวิต
๒. ขาดคุณสมบัติ
๓. แจ้งละสิทธิการขอรับเบี้ยความพิการ

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้แก่คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒

ระยะเวลาการปฏิบัติงานแต่ละขั้นตอน

ลำดับที่	ขั้นตอน	ระยะเวลาการดำเนินการ	วิธีการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
๑.	ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเบี่ยงความพิการ	๕ นาที	- ผู้พิการหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ กรอกเอกสารเพื่อขอรับเบี่ยงความพิการ พร้อมเอกสารดังนี้ บัตรประชาชน ทะเบียนบ้าน หน้าสมุดธนาคาร (ใบมอบอำนาจกรณีที่มอบอำนาจมายืนยันสิทธิ)	งานพัฒนาชุมชน
๒.	ตรวจสอบเอกสาร และบันทึกข้อมูลลงในระบบสารสนเทศฯ	๕ นาที	- เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร เมื่อเอกสารไม่ถูกต้อง หรือ เอกสารไม่ครบ ส่งคืนเจ้าของที่มาดำเนินการ -เจ้าหน้าที่ลงบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศฯ http://welfare.dla.go.th/Login.action	งานพัฒนาชุมชน
๓.	เสนอคณะกรรมการตรวจคุณสมบัติ	๕ นาที	- เจ้าหน้าที่รวบรวมเอกสาร เพื่อ เสนอคณะกรรมการตรวจคุณสมบัติผู้ที่ยืนยันสิทธิ	งานพัฒนาชุมชน
๔	เสนอผู้บังคับบัญชา และจัดทำประกาศรายชื่อประจำเดือน	๑๐ นาที	- เจ้าหน้าที่ขออนุมัติทำจัดประกาศผู้ที่มายืนยันยื่นคำขอฯ ประจำเดือน - เจ้าหน้าที่ ประกาศผู้ที่มายืนยันสิทธิ ประจำเดือน - ติดประกาศ ณ เทศบาลตำบลเกาะเต่า และ เผยแพร่ที่หน้าเว็บไซต์ของเทศบาลตำบลเกาะเต่า เป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๑๕ วัน	งานพัฒนาชุมชน

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเบี้ยความพิการ

เขียนที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

๓. ชื่อผู้ทำเรื่อง :

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

บ้าน เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน หมู่บ้าน/ชุมชน

.....ตำบล อำเภอ จังหวัด

.....รหัสไปรษณีย์โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□□-□□-□

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้

☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น.....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ โทรศัพท์

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ

☐ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ อื่นๆ (ระบุ)

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

☐ มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ

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

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคาร สาขา เลขที่บัญชี □□□-□-□□□□□□-□

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ ลำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ ลำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำนักสมุดคณบดีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนึ่งสัปดาห์ก่อนการพิจารณาของคณะกรรมาธิการการต่างประเทศของวุฒิสภาสหรัฐฯ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ควบคุมสมบัติครบถ้วนและขอความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) _____ (ลงชื่อ) _____ (ลงชื่อ) _____ วันที่ ๒๕/๒๖/๒๕๖๖

(เลขที่) คู่มือฯ ปี๒๐..... (เลขที่) เจ็ด หน้า หนึ่งร้อยยี่สิบแปด

() ()

๙๘๙ ภายแปรศ . ๑ ทรัพย์สินที่ขาดความพึงพอใจในการออก และนำเครื่องหมาย ✓ ๑ ทรัพย์สินที่

[illegible]



คู่มือการปฏิบัติงานเบี้ยยังชีพ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว ☐ เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ☐ เป็นผู้ที่มีความประพฤติไม่เรียบร้อย เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายก เทศมนตรี/อบต. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มี ความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน (ลงชื่อ) ประธานกรรมการ (นายอวยชัย ศรีทอง) ตำแหน่ง ปลัดเทศบาลตำบลเกาะเต่า (ลงชื่อ) กรรมการ (นางสาวพัชณันท์ หนูแป้น) ตำแหน่ง รองปลัดเทศบาลตำบลเกาะเต่า (ลงชื่อ) กรรมการ (นางสาวศศิธร คงเพชร) ตำแหน่ง นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ
คำสั่ง ☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่น ๆ..... (ลงชื่อ) นายก เทศมนตรี/นายก อบต. วัน/เดือน/ปี	

.....ติดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....
ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.
การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ย
ยังชีพผู้พิการตั้งแต่วันที่ พ.ศ. ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายที่อยู่ไปอยู่
ที่อื่นในระหว่างปีงบประมาณ จะต้องไปยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่ง
ใหม่ภายในเดือนนั้นๆ เพื่อรักษาสีทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนนั้นๆ



ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือมอบอำนาจ

เรื่อง.....

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... บุตร นาย/นาง.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

ได้มอบอำนาจให้.....

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... บุตร นาย/นาง.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการ.....

แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้
เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็น
สำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)



ส่วนที่ ๓

คู่มือการปฏิบัติงาน การให้บริการสวัสดิการด้าน เบ๊ยยังชีพผู้ติดเชื้อเอดส์



การขึ้นทะเบียนรับเบี่ยงชีฟผู้ป่วยเอดส์

การรับลงทะเบียน

เมื่อได้รับใบรับรองแพทย์ว่าติดเชื้อ HIV จากโรงพยาบาลรัฐ แล้วมายื่นคำขอขึ้นทะเบียนที่งานส่งเสริมสวัสดิการและสังคม สำนักงานปลัด เทศบาลตำบลเกาะเต่า ในวันจันทร์ – วันศุกร์ เวลา ๐๘.๓๐ น. ถึง ๑๖.๓๐ น. (ในวันและเวลาราชการ)

คุณสมบัติผู้มีสิทธิยื่นคำขอขึ้นทะเบียนเบี่ยงชีฟผู้ติดเชื้อเอดส์ ดังนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. เป็นผู้มิถูกลำเนาหรือมีชื่อในทะเบียนราษฎรในเขตพื้นที่ตำบลเกาะเต่า
๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

หลักฐานในการลงทะเบียน

- | | |
|--|--------------|
| ๑. ใบรับรองแพทย์ระบุผู้ติดเชื้อ HIV จากโรงพยาบาลรัฐเท่านั้น ฉบับจริง | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร <u>กรุงไทย ออมสิน ธกส</u> | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๕. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ฉบับ | |
| ๖. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีขอรับผ่านธนาคาร) | |
| จำนวน ๑ ฉบับ | |

วิธีการขั้นตอนการปฏิบัติงาน

๑. ยื่นเอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียน
๒. เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร และบันทึกข้อมูลลงในระบบสารสนเทศฯ
๓. รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
๔. เสนอผู้บังคับบัญชา
๕. จัดทำประกาศรายชื่อประจำเดือน



การย้ายภูมิลำเนา

ในกรณี ผู้ป่วยเอดส์ ย้ายที่อยู่ ถือว่าขาดคุณสมบัติตามวินัยแห่งระเบียบ ต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้าย เพื่อพิจารณาใหม่

การสิ้นสุดการได้รับเบี้ยยังชีพ

๑.ตาย

๒.ขาดคุณสมบัติ

๓.แจ้งสิทธิการขอรับเงินเบี้ยผู้ป่วยเอดส์ เป็นหนังสือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีสิทธิได้รับ เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

กรณีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ดังกล่าวสิ้นสุดลง ให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สั่งระงับการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์สำหรับบุคคลดังกล่าวทันที

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
พ.ศ. ๒๕๔๘



ระยะเวลาการปฏิบัติงานแต่ละขั้นตอน

ลำดับที่	ขั้นตอน	ระยะเวลาการดำเนินการ	วิธีการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
1.	ยื่นคำขอรับเบี่ยงชีฟผู้ป่วยเอดส์	5 นาที	- ผู้สูงอายุหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ กรอกเอกสารเพื่อขอรับเบี่ยงชีฟผู้ป่วยเอดส์พร้อมเอกสารดังนี้ บัตรประชาชน ทะเบียนบ้าน หน้าสมุดธนาคาร (ใบมอบอำนาจกรณีที่มามอบอำนาจมายืนยันสิทธิพร้อมสำเนาบัตรประชาชนผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ) ใบรับรองแพทย์ระบุผู้ติดเชื้อ HIV จากโรงพยาบาลรัฐเท่านั้น ฉบับจริง	งานพัฒนาชุมชน
2.	ตรวจสอบเอกสาร และบันทึกข้อมูลลงในระบบสารสนเทศฯ	5 นาที	- เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร เมื่อเอกสารไม่ถูกต้อง หรือ เอกสารไม่ครบ ส่งคืนเจ้าของที่มาดำเนินการ - เจ้าหน้าที่ลงบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศฯ http://welfare.dla.go.th/Login.action	งานพัฒนาชุมชน
3.	ตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่	1 วัน	- เจ้าหน้าที่ลงพื้นที่ไปตรวจสอบความเป็นอยู่ว่ามีคุณสมบัติที่จะได้รับหรือไม่	งานพัฒนาชุมชน
3.	เสนอคณะกรรมการตรวจคุณสมบัติ	5 นาที	- เจ้าหน้าที่รวบรวมเอกสาร เพื่อ เสนอคณะกรรมการตรวจคุณสมบัติผู้ที่ยืนยันสิทธิ	งานพัฒนาชุมชน
4	เสนอผู้บังคับบัญชา และจัดทำประกาศรายชื่อประจำเดือน	10 นาที	- เจ้าหน้าที่ขออนุมัติทำจัดประกาศผู้ที่ยืนยันสิทธิ ประจำเดือน - เจ้าหน้าที่ประกาศผู้ที่ยืนยันสิทธิมาลงทะเบียนยื่นคำขอฯ ประจำเดือน	งานพัฒนาชุมชน



คู่มือการปฏิบัติงานเบี้ยยังชีพ

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๗

แบบคำขอลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

เฉพาะกรณีผู้ป่วยมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยที่ขอลงทะเบียน

ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....หมายเลขบัตรประชาชน □ - □ □ □ □ - □ □ □ □ □ - □ □ - □

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้ป่วยเอดส์

เขียนที่.....เทศบาลตำบลเกาะเต่า.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □ - □ □ □ □ - □ □ □ □ □ - □ □ - □

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

หมู่บ้าน/ชุมชน.....ตำบล.....เกาะเต่า.....อำเภอ.....เกาะพะงัน.....จังหวัด.....สุราษฎร์ธานี.....รหัสไปรษณีย์.....๘๔๓๖๐.....

โทรศัพท์.....สถานภาพสมรส □ โสด □ สมรส □ หม้าย □ หย่าร้าง □ อื่นๆ.....อาชีพ.....

รายได้ต่อเดือน.....บาท

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....เกี่ยวข้องโดยเป็น.....โทรศัพท์.....

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ □ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ □ ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ □ ได้รับเบี้ยยังชีพความพิการ

□ เคยได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ (ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่เมื่อวันที่.....)

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยวิธีการ ดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง

☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสารดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ ใบรับรองแพทย์

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินผ่าน ☐ ธนาคารกรุงไทย)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ"

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ

ยื่นคำขอเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบทะเบียน

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๕

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ เทศบาลตำบลเกาะเต่า ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

☐ การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ให้แก่ผู้มีสิทธิจะโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในอัตรา เดือนละ ๕๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน

☐ ผู้ป่วยที่ยื่นคำขอลงทะเบียนรายใหม่ และผู้ป่วยที่ย้ายที่อยู่มาจากเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น จะเริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ตั้งแต่วันที่.....พ.ศ.....

หมายเหตุ: กรณีผู้ป่วยย้ายที่อยู่ไปอยู่ก่อนในระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ จะต้องไปยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนนั้นๆ เพื่อรักษาสถานะให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ในเดือนนั้นๆ

โปรดกรอกรายละเอียดและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ



คู่มือการปฏิบัติงานเบี้ยยังชีพ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□ แล้ว ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายก เทศมนตรี/อบต. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มี ความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน (ลงชื่อ) ประธานกรรมการ (นายอวยชัย ศรีทอง) ตำแหน่ง ปลัดเทศบาลตำบลเกาะเต่า (ลงชื่อ) กรรมการ (นางสาวพัชณันท์ หนูแป้น) ตำแหน่ง รองปลัดเทศบาลตำบลเกาะเต่า (ลงชื่อ) กรรมการ (นางสาวศศิธร คงเพชร) ตำแหน่ง นักพัฒนชุมชนปฏิบัติการ
คำสั่ง ☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่น ๆ..... (ลงชื่อ) นายก เทศมนตรี/นายก อบต. วัน/เดือน/ปี	



คู่มือการปฏิบัติงานเบี่ยงชีฟ

ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือมอบอำนาจ

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

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินสวัสดิการเบี่ยงชีฟผู้ป่วยเอดส์แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ
ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้า
ได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หลักฐานประกอบของผู้รับมอบอำนาจ

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
- ☐ เอกสารอื่นๆ.....