



คู่มือการปฏิบัติงานการลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพ องค์การบริหารส่วนตำบลปรีอใหญ่ (ปรับปรุง 2564)

- ❖ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- ❖ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ
- ❖ การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลปรีอใหญ่
อำเภออุซันต์ จังหวัดศรีสะเกษ 33140
โทรศัพท์ 045 922 053 โทรสาร 045 922052

คำนำ

องค์การบริหารส่วนตำบลปรีอใหญ่ กองสวัสดิการสังคม มีภารกิจหลักในการปฏิบัติงาน เบี้ยยังชีพให้กับผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยเอดส์ โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๐ และระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ ซึ่งแก้ไข เพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนผู้ขอรับบริการมีความเข้าใจ มีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน เกิดความสะดวก รวดเร็วและถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าว องค์การบริหารส่วน ตำบลปรีอใหญ่ จึงได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ ขึ้น

องค์การบริหารส่วนตำบลปรีอใหญ่ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิอันพึงได้รับ และเป็นแนวทาง ในการปฏิบัติงาน ตลอดจนเป็นเกณฑ์การลดดุลพินิจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ก่อประโยชน์สูงสุดในการบริการประชาชนต่อไป

กองสวัสดิการสังคม
องค์การบริหารส่วนตำบลปรีอใหญ่
ตุลาคม ๒๕๖๓

1 มกราคม- 30 พฤศจิกายน ของทุกปี

เป็นวันรับขึ้นทะเบียน
ผู้สูงอายุและคนพิการ จ้า.

อย่าลืม !!!! นะจ๊ะ
ไม่มีชื่อ ไม่มีสิทธิ จ้า !!!



การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ

❖ คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

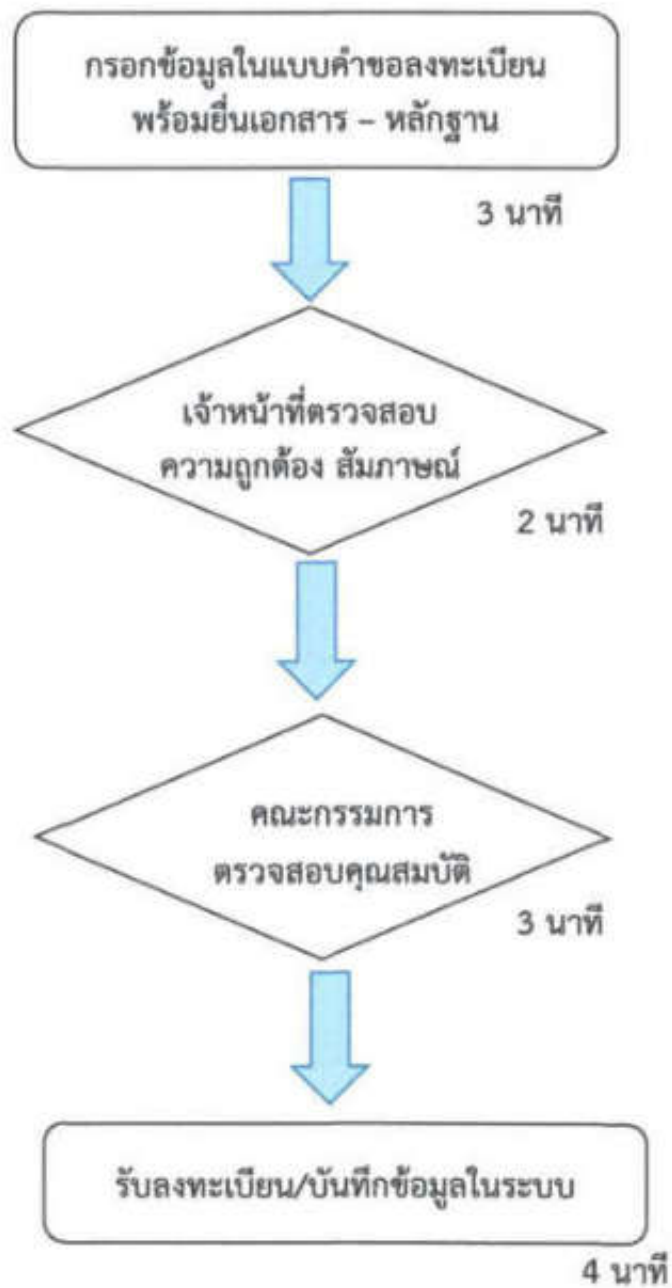


๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีที่อยู่ตามทะเบียนบ้านอยู่ในเขตตำบลปรีอใหญ่
๓. เป็นผู้มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ ในปีถัดไป (ปัจจุบันอายุ ๕๙ ปี บริบูรณ์ และต้องเกิดก่อน ๒ กันยายน)
๔. ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์ใด จากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทนรายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

หมายเหตุ กรณีได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้ว และได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่ตำบลปรีอใหญ่ จะต้องมาขึ้นทะเบียนที่ อบต.ปรีอใหญ่ อีกครั้งหนึ่ง ภายใน ๑ มกราคม - ๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี

เพื่อใช้สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพต่อเนื่อง.....ค่ะ

❖ ขั้นตอนการลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



สรุป 4 ขั้นตอน ระยะเวลาให้บริการ 12 นาที

เอกสารและหลักฐาน

1. แบบคำขอลงทะเบียน
2. บัตรประชาชน พร้อมสำเนา
3. ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา
4. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพ คนพิการ

❖ คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลปรีอใหญ่ (ตามทะเบียนบ้าน)
๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

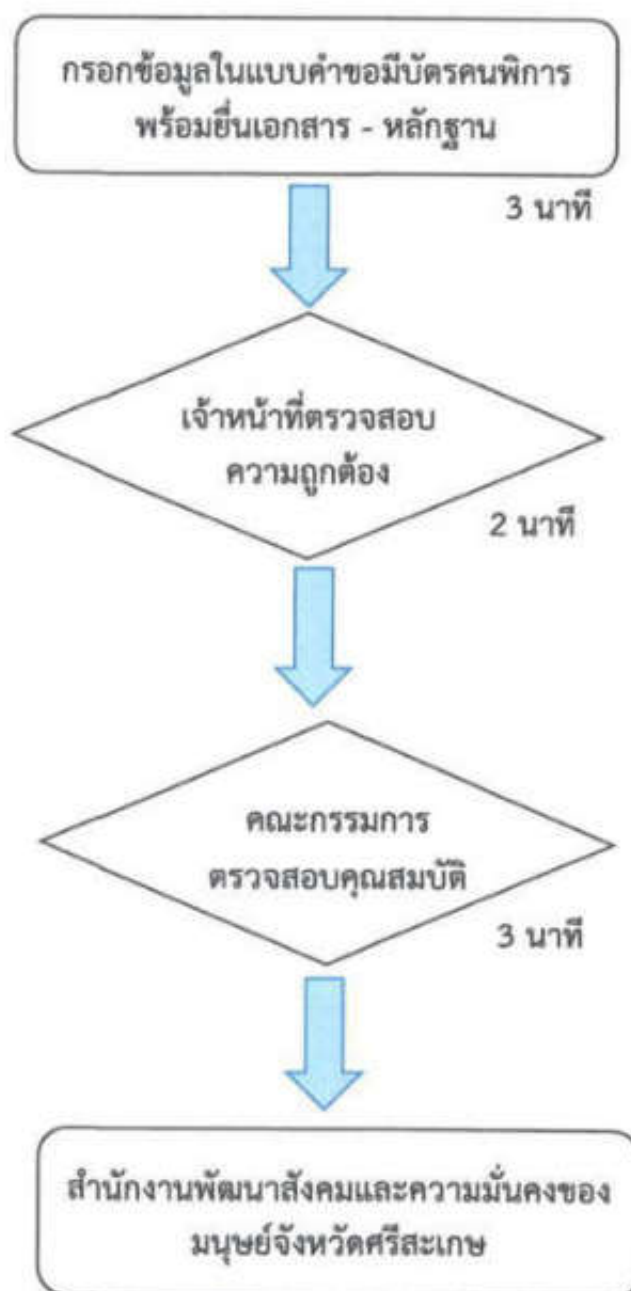


ตัวอย่างบัตรและสมุดประจำตัวคนพิการ

หมายเหตุ กรณีได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการอยู่แล้ว และได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่ตำบลปรีอใหญ่ จะต้องมาขึ้นทะเบียนที่ อบต.ปรีอใหญ่

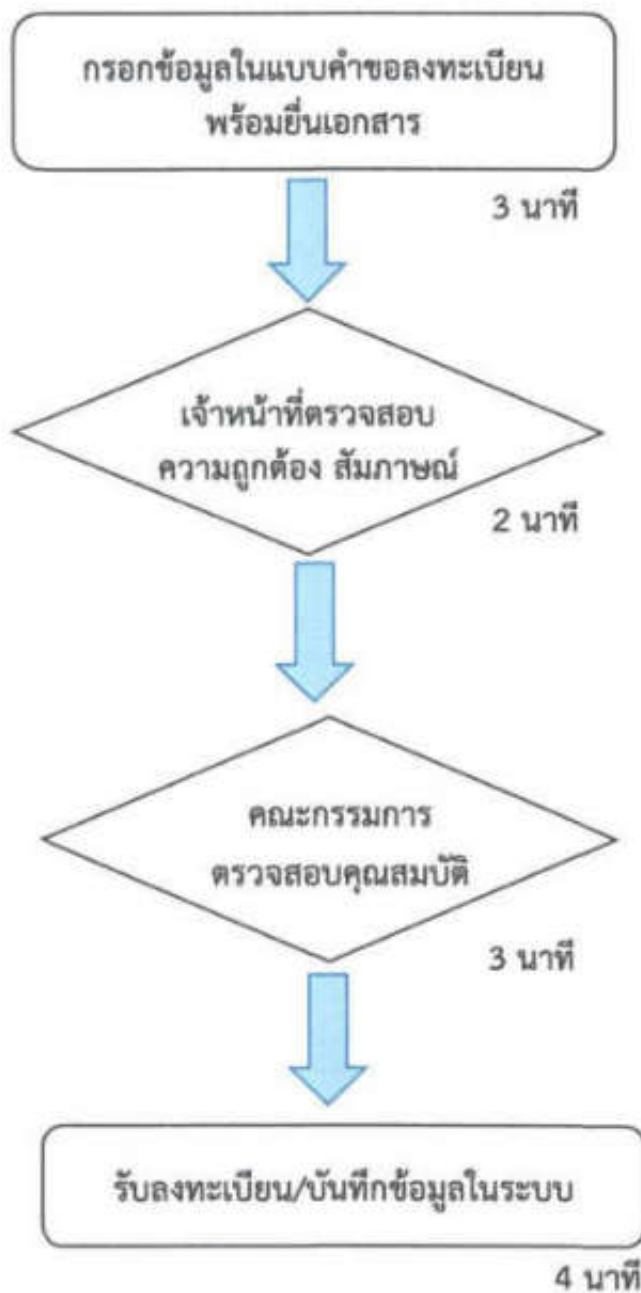
เพื่อใช้สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพต่อเนื่อง.....

❖ ขั้นตอนการขอมีบัตรใหม่หรือเปลี่ยนบัตร **คนพิการ**



<p>สรุป 4 ขั้นตอน ระยะเวลาให้บริการ 8 นาที</p>	<p>เอกสารและหลักฐาน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แบบคำขอมมีบัตรคนพิการ 2. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุข้อความ "ส่งต่อทำบัตรคนพิการ" กรณีขอมมีบัตรครั้งแรก หรือกรณีบัตรหมดอายุ/ชำรุด ไม่ต้องขอใบรับรองแพทย์ 3. บัตรประชาชน พร้อมสำเนา พร้อมผู้ดูแล 4. ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา พร้อมผู้ดูแล
--	---

❖ ขั้นตอนการลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพ คนพิการ



สรุป 4 ขั้นตอน ระยะเวลาให้บริการ 12 นาที

เอกสารและหลักฐาน

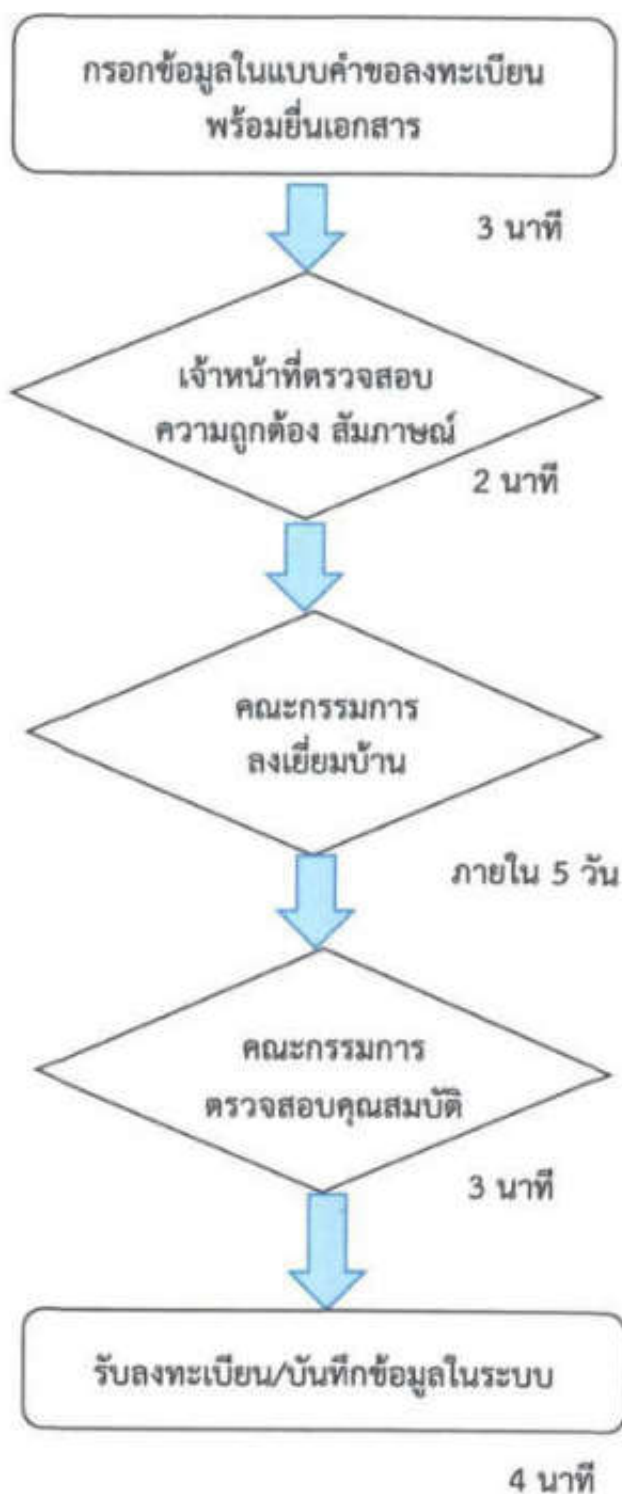
1. แบบคำขอลงทะเบียน
2. บัตรคนพิการ พร้อมสำเนา
3. บัตรประชาชน พร้อมสำเนา
4. ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา
5. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพ ผู้ป่วยเอดส์

❖ ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ เป็น **โรคเอดส์ /AIDs** เท่านั้น
๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลปรีอใหญ่
๓. หลักฐานประกอบการยื่นขอรับเบี้ยยังชีพ ดังนี้
 - ๓.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง ตามข้อ ๑.
 - ๓.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง พร้อมสำเนา
 - ๓.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง พร้อมสำเนา
๔. หากผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเอง จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนก็ได้
๕. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด
๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ จากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนา เท่านั้น
๗. กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิต ต้องแจ้งให้กองสวัสดิการสังคม อบต.ปรีอใหญ่ ทราบภายใน ๓ วัน (พร้อมสำเนามรณบัตร)

ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่าป่วยเป็น **โรคเอดส์ /AIDs** เท่านั้น
หากระบุว่าป่วยเป็น HIV หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง จะไม่เข้า
หลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์



<p>สรุป 5 ขั้นตอน ระยะเวลาให้บริการ 5 วัน 12 นาที</p>	<p>เอกสารและหลักฐาน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แบบคำขอลงทะเบียน 2. ใบรับรองแพทย์ระบุว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์/AIDS 3. บัตรประชาชน พร้อมสำเนา 4. ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา 5. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา
---	---



โครงการ เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

ภายใต้บันทึกข้อตกลงความร่วมมือการบูรณาการความร่วมมือการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต



สถานที่ลงทะเบียน

- กรุงเทพมหานคร
ณ สำนักงานเขต
- เมืองพัทยา
ณ ศาลาว่าการเมืองพัทยา
- ส่วนภูมิภาค
ณ องค์การบริหารส่วนตำบล
หรือเทศบาล



คุณสมบัติของผู้ลงทะเบียน

ผู้ปกครอง มีสัญชาติไทย เป็นบุคคลที่รับเลี้ยงเด็กแรกเกิด
ไว้ในความอุปการะ เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วย



เด็กแรกเกิด มีสัญชาติไทย เกิดตั้งแต่วันที่
1 ตุลาคม 2558 เป็นต้นไป จนมีอายุครบ 6 ปี
อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย สมาชิกครัวเรือน
มีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี
ไม่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของหน่วยงานของรัฐ
หรือเอกชน

เอกสารประกอบการลงทะเบียน

- 1) แยกตัวรับรองลงทะเบียน (สร.01)
- 2) แยกตัวรับรองสถานะของครัวเรือน (สร.02)
- 3) บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง
- 4) รูปถ่ายเด็กแรกเกิด
- 5) สูติบัตรเงินฝากของผู้ปกครอง (กรุงไทย, ออมสิน หรือ ธกส.) อย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น
- 6) สูติบัตรบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (เฉพาะหน้าซี 1 ที่มีชื่อของหญิงตั้งครรภ์)
- 7) ใบรับรองเงินเดือน หรือหนังสือรับรองรายได้เองทุกคนในครัวเรือนที่มีรายได้ประจำ
- 8) สำเนาเอกสาร หรือใบรายการการ เจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่ง
หรือเอกสารอื่นใด ที่แสดงตนของผู้รับรองคนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2

รายละเอียดเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ
กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น โทร. 02-255 5800-7



ตรวจสอบสิทธิการลงทะเบียนได้ที่นี้



- 1) โทร. 02-255 5800-7
- 2) หรือทางเว็บไซต์ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

- กรมกิจการเด็กและเยาวชน
โทร. 0 2651 6534, 0 2651 6402, 0 2651 6420
0 2256 5800-7 โทร. 221, 222, 223, 224, 225
- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด
(จสม.) ทุกจังหวัด
- ศูนย์รวมพลังสังคม (SCC) โทร. 1300 2626 24 ชั่วโมง
- สำนักงานเขตในกรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา และ เทศบาล
- www.DCY.GO.TH หรือ www.CSS.DCY.GO.TH



หลักเกณฑ์การจ่ายเงินอุดหนุน



ลงทะเบียนในปีงบประมาณที่เด็กเกิด เริ่มรับเงินเดือนที่เด็กเกิด

ปีงบประมาณ 2559

เด็กที่เกิดตั้งแต่ 1 ต.ค. 58 - 30 ก.ย. 59



ลงทะเบียนในปีงบประมาณที่เด็กเกิด เริ่มรับเงินเดือนที่เด็กเกิด

ปีงบประมาณ 2560

เด็กที่เกิดตั้งแต่ 1 ต.ค. 59 - 30 ก.ย. 60



ลงทะเบียนในปีงบประมาณที่เด็กเกิด เริ่มรับเงินเดือนที่เด็กเกิด

ปีงบประมาณ 2561

เด็กที่เกิดตั้งแต่ 1 ต.ค. 60 - 30 ก.ย. 61



ลงทะเบียนในปีงบประมาณที่เด็กเกิด เริ่มรับเงินเดือนที่เด็กเกิด

ปีงบประมาณ 2562

เด็กที่เกิดตั้งแต่ 1 ต.ค. 61 - 30 ก.ย. 62



เริ่มรับเงินในเดือนที่ลงทะเบียน ไม่ย้อนหลังไปจนถึงเดือนเด็กเกิด

ปีงบประมาณ 2563

เด็กที่เกิดตั้งแต่ 1 ต.ค. 62 - 30 ก.ย. 63



ในช่วงการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

เพิ่มเติมระเบียบกรมกิจการเด็กและเยาวชน เด็กที่เกิดตั้งแต่ 1 ต.ค.-30 ก.ย.63

มาลงทะเบียน ตั้งแต่ 31 มี.ค.-30 ก.ย.63 เริ่มรับเงินเดือนที่เด็กเกิด

ลงทะเบียนหลังปีงบประมาณ
ที่เด็กเกิด เริ่มรับเงินในเดือน
ที่ลงทะเบียน ไม่ย้อนหลังไปจน
ถึงเดือนที่เด็กเกิด



ปีงบประมาณ 2564

เด็กที่เกิดตั้งแต่ 1 ต.ค. 63 เป็นต้นไป
เริ่มรับเงินในเดือนที่ลงทะเบียน
ไม่ย้อนหลังไปจนถึงเดือนเด็กเกิด



สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ศูนย์ปฏิบัติการโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
โทร. เบอร์ตรง 0 2651 6534, 0 2651 6920, 0 2651 6902

หลักเกณฑ์การจ่ายเงินอุดหนุน



ลงทะเบียนในปีงบประมาณที่เด็กเกิด เริ่มรับเงินเดือนที่เด็กเกิด

ปีงบประมาณ 2559

เด็กที่เกิดตั้งแต่ 1 ต.ค. 58 - 30 ก.ย. 59



ลงทะเบียนในปีงบประมาณที่เด็กเกิด เริ่มรับเงินเดือนที่เด็กเกิด

ปีงบประมาณ 2560

เด็กที่เกิดตั้งแต่ 1 ต.ค. 59 - 30 ก.ย. 60



ลงทะเบียนในปีงบประมาณที่เด็กเกิด เริ่มรับเงินเดือนที่เด็กเกิด

ปีงบประมาณ 2561

เด็กที่เกิดตั้งแต่ 1 ต.ค. 60 - 30 ก.ย. 61



ลงทะเบียนในปีงบประมาณที่เด็กเกิด เริ่มรับเงินเดือนที่เด็กเกิด

ปีงบประมาณ 2562

เด็กที่เกิดตั้งแต่ 1 ต.ค. 61 - 30 ก.ย. 62



เริ่มรับเงินในเดือนที่ลงทะเบียน ไม่ย้อนหลังไปจนถึงเดือนเด็กเกิด

ปีงบประมาณ 2563

เด็กที่เกิดตั้งแต่ 1 ต.ค. 62 - 30 ก.ย. 63



ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

เพิ่มเติมระเบียบกรมกิจการเด็กและเยาวชนฯ เด็กที่เกิดตั้งแต่ 1 ต.ค.-30 ก.ย.63 มาลงทะเบียน ตั้งแต่ 31 มี.ค.-30 ก.ย.63 เริ่มรับเงินเดือนที่เด็กเกิด

ลงทะเบียนหลังปีงบประมาณที่เด็กเกิด เริ่มรับเงินในเดือนที่ลงทะเบียน ไม่ย้อนหลังไปจนถึงเดือนที่เด็กเกิด



ปีงบประมาณ 2564

เด็กที่เกิดตั้งแต่ 1 ต.ค. 63 เป็นต้นไป เริ่มรับเงินในเดือนที่ลงทะเบียน ไม่ย้อนหลังไปจนถึงเดือนเด็กเกิด



สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ศูนย์ปฏิบัติการโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด โทร. เบอร์ตรง 0 2651 6534, 0 2651 6920, 0 2651 6902

หลักเกณฑ์การจ่ายเงินอุดหนุน



ลงทะเบียนในปีงบประมาณที่เด็กเกิด เริ่มรับเงินเดือนที่เด็กเกิด

ปีงบประมาณ 2559

เด็กที่เกิดตั้งแต่ 1 ต.ค. 58 - 30 ก.ย. 59



ลงทะเบียนในปีงบประมาณที่เด็กเกิด เริ่มรับเงินเดือนที่เด็กเกิด

ปีงบประมาณ 2560

เด็กที่เกิดตั้งแต่ 1 ต.ค. 59 - 30 ก.ย. 60



ลงทะเบียนในปีงบประมาณที่เด็กเกิด เริ่มรับเงินเดือนที่เด็กเกิด

ปีงบประมาณ 2561

เด็กที่เกิดตั้งแต่ 1 ต.ค. 60 - 30 ก.ย. 61



ลงทะเบียนในปีงบประมาณที่เด็กเกิด เริ่มรับเงินเดือนที่เด็กเกิด

ปีงบประมาณ 2562

เด็กที่เกิดตั้งแต่ 1 ต.ค. 61 - 30 ก.ย. 62



เริ่มรับเงินในเดือนที่ลงทะเบียน ไม่ย้อนหลังไปจนถึงเดือนเด็กเกิด

ปีงบประมาณ 2563

เด็กที่เกิดตั้งแต่ 1 ต.ค. 62 - 30 ก.ย. 63



ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

เพิ่มเติมระเบียบกรมกิจการเด็กและเยาวชน เด็กที่เกิดตั้งแต่ 1 ต.ค. - 30 ก.ย. 63

มาลงทะเบียน ตั้งแต่ 31 มี.ค. - 30 ก.ย. 63 เริ่มรับเงินเดือนที่เด็กเกิด

ลงทะเบียนหลังปีงบประมาณ
ที่เด็กเกิด เริ่มรับเงินในเดือน
ที่ลงทะเบียน ไม่ย้อนหลังไปจน
ถึงเดือนที่เด็กเกิด



ปีงบประมาณ 2564

เด็กที่เกิดตั้งแต่ 1 ต.ค. 63 เป็นต้นไป
เริ่มรับเงินในเดือนที่ลงทะเบียน
ไม่ย้อนหลังไปจนถึงเดือนเด็กเกิด



สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ศูนย์ปฏิบัติการโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
โทร. เบอร์ตรง 0 2651 6534, 0 2651 6920, 0 2651 6902

ภาคผนวก

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.....มีชื่ออยู่ในสำเนา
 ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
 ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์.....
 หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□□□□
 สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ.....
 รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

- ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์
- ได้รับเงินเบี้ยความพิการ
- ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๓ วิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง
- รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ทะเบียนบ้าน
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)
- หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
- บัญชีเงินฝากธนาคาร.....บัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

"ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ
 บำเหน็จรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ"

"ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
 และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ"

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

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ..... เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หมายเหตุ หมายเหตุ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/</p> <p>.....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน</p> <p><input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่มีความประพฤติ เนื่องจาก</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ)</p> <p>(.....)</p> <p>เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายก เทศมนตรี/อบต.</p> <p>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว</p> <p>มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)</p> <p>(.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)</p> <p>(.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)</p> <p>(.....)</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ)</p> <p>นายก เทศมนตรี/นายก อบต.</p> <p>วัน/เดือน/ปี</p>	

ข้อความตอนต้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเป็นเพื่อเป็นหลักฐานการลงทะเบียน.....

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงเวลาในการลงทะเบียน ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน โดยได้รับตั้งแต่เดือน..... พ.ศ. เป็นต้นไป กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิตำเนาไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนอื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่นับตั้งแต่วันที่ย้ายแต่ไม่เกินเดือนพฤศจิกายนของปีนั้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้เบี้ยผู้สูงอายุ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมจนสิ้นปีงบประมาณที่ใดลงทะเบียนไว้ และรับที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ในปีงบประมาณถัดไป

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทนผู้ยื่นคำขอแทนฯ ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา - มารดา บุตร สามเ - ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ

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

เลขประจำตัวประชาชน ---- ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

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

ชื่อ.....นามสกุล.....

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

เลขที่.....หมู่ที่/.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....

ตำบล/แขวง.....บรีอใหญ่.....อำเภอ/เขต.....ชุมชน.....จังหวัด.....ศรีสะเกษ.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ ----

ประเภทความพิการ ความพิการทางการเห็น ความพิการทางสติปัญญา
 ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้
 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางออกัสติก
 พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

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

เกี่ยวข้องกับ บิดา-มารดา บุตร สามเ - ภรรยา พี่น้อง อื่นๆ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่
ใหม่เมื่อ.....

ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อื่นๆ(ระบุ).....

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

มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ.....

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

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี ---

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สำเนาทะเบียนบ้าน
 สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจผู้ดูแลคนพิการและผู้รับมอบอำนาจ(ในกรณียื่นคำขอแทน)
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

(.....)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เวียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว</p> <p>.....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน <input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มิคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ)</p> <p>(.....)</p> <p>เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เวียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลปรีอใหญ่ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>นายกองค้การบริหารส่วนตำบลปรีอใหญ่</p> <p>วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p>	

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้พิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้).....

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

การลงทะเบียนครั้งนี้เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยจะได้รับเงิน
เบี้ยความพิการตั้งแต่เดือน..... พ.ศ.....เป็นต้นไป ในอัตราเดือนละ บาท
ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ
ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง



แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปถ่าย
คนพิการ

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

- ขอมีบัตรครั้งแรก
- ขอมีบัตรเนื่องจาก
 - บัตรเดิมหมดอายุ
 - ข่าวด
 - 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 ที่อยู่ในปัจจุบัน 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

๓.๓๕ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

- ทางกาเห็น ทางกาได้ยินหรือสื่อความหมาย ทางกาเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
 ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ทางสติปัญญา ทางกาเรียนรู้ ทางอาชีพสติก

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ไม่มี มี (กรอกข้อมูลข้อ ๓.๒)

๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- (๑) คำนำนหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่นๆ(ระบุ)
- (๒) ชื่อ..... นามสกุล.....
- (๓) เลขประจำตัวประชาชน
เลขหนังสือเดินทาง (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)
- (๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ บิดมารดา บุตร สามีหรือภรรยา พี่น้อง
 ปู่ย่าตายาย ลุงป้า/น้าอา บุคคลอื่น (ระบุ).....
- (๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย..... 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 เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมอบัตรครบถ้วน เห็นควร ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....
เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

- อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ
 ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
 ความเห็นอื่น ๆ

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....
เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

แบบคำร้องขอรับการช่วยเหลือของประชาชน

องค์การบริหารส่วนตำบลปรีอใหญ่ อำเภออุซันต์ จังหวัดศรีสะเกษ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....เลขบัตรประชาชน.....อายุ.....ปี บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....บ้าน.....ตำบลปรีอใหญ่ อำเภออุซันต์ จังหวัดศรีสะเกษ เบอร์โทรติดต่อ.....

มีความประสงค์ขอให้ นายกองค้การบริหารส่วนตำบลปรีอใหญ่ ดำเนินการช่วยเหลือ ดังนี้

๑.ประเภทการช่วยเหลือ

๑.๑ ด้านสาธารณภัย (อัคคีภัย/वादภัย/อุทกภัย/ภัยแล้ง).....

๑.๒ ด้านสาธารณูปโภค (ไฟฟ้า/ประปา/ถนน).....

๑.๓ ด้านอื่นๆ(ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น).....

๒.ข้าพเจ้า ฯ จึงขอความช่วยเหลือ (ระบุความต้องการ/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)

.....
.....
.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

ความเห็นปล้ตองค์การบริหารส่วนตำบลปรีอใหญ่

.....

.....

ลงชื่อ.....

(นางจุไรรัตน์ เมธาวัชรากร)

ตำแหน่ง ปล้ตองค์การบริหารส่วนตำบลปรีอใหญ่

คำสั่ง นายกองค้การบริหารส่วนตำบลปรีอใหญ่

.....

.....

ลงชื่อ.....

(นายปอง ปรีอปรัก)

ตำแหน่ง นายกองค้การบริหารส่วนตำบลปรีอใหญ่



แบบคำร้องขอลงทะเบียน

เพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ปีงบประมาณ ...2564.....

หน่วยงานรับลงทะเบียน องค์การบริหารส่วนตำบลปเรือใหญ่

วันที่ เดือน พ.ศ.

1. ข้อมูลผู้ลงทะเบียน เป็นผู้ลงทะเบียนตามโครงการเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ1.1 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).....

ส่วนที่ 2 : ผู้รับรอง

ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 1 (กรุณาเขียนตัวบรรจง) อสม.

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 ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนั้น กรณีกรุงเทพมหานคร หากไม่มีผู้รับรองคนที่ 1 ให้ข้าราชการที่ดำรงตำแหน่งในระดับปฏิบัติการขึ้นไปหรือเทียบเท่าที่ปฏิบัติงานที่ในกรุงเทพมหานครเป็นผู้รับรองได้

ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 2 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)-ผู้ใหญ่บ้าน

ข้าพเจ้า นาย นาง นางสาว นามสกุล

ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน

โทรศัพท์.....

- รับรอง ผู้ลงทะเบียนอาศัยอยู่ในพื้นที่ข้าพเจ้า เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่มีรายได้ไม่เกิน 100,000 บาท ต่อ ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น
- ไม่รับรอง เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ) ผู้รับรองคนที่ 2

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 2 : ประธานอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำตำบล ประธานชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการสถานบริการสาธารณสุขในระดับตำบล ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่นที่ดำรงตำแหน่งในระดับปฏิบัติการขึ้นไป หรือเทียบเท่า ที่ปฏิบัติงานที่ในท้องที่หรือท้องถิ่นแห่งนั้น (ต้องมีชื่อข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน)

ส่วนที่ 3 : การปิดประกาศ (สำหรับหน่วยงานรับลงทะเบียน)

เด็กหญิง/เด็กชาย/นาย/นางสาว.....

เป็นผู้ปกครองที่มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ที่ได้ปิดประกาศ 15 วันแล้ว

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

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน

(นางสาวศิริพร ปรีอประวี)

วันที่.....