



คู่มือหรือแนวทาง การขอรับบริการสำหรับผู้รับบริการ หรือผู้มาติดต่อ

งานสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์



กองสวัสดิการสังคม
องค์การบริหารส่วนตำบลกุดน้ำใส
อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

คำนำ

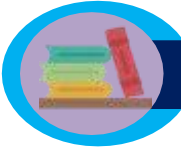
พระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๕๘ มาตรา ๗ ได้กำหนดให้ “ในกรณีที่มีกฎหมายกำหนดให้การกระทำใดจะต้องได้รับอนุญาต ผู้อนุญาตจะต้อง จัดทำคู่มือสำหรับประชาชน” โดยมีเป้าหมายเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชนลดระยะเวลาของประชาชนเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการของภาครัฐ สร้างให้เกิดความโปร่งใสในการปฏิบัติราชการลดการใช้ดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่เปิดเผยขั้นตอนระยะเวลาให้ประชาชนทราบ

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนเข้าใจและทราบขั้นตอนการติดต่อราชการได้อย่างถูกต้องและเกิดผลสัมฤทธิ์ตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๕๘ องค์การบริหารส่วนตำบล กุดน้ำใส อำเภोजัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ จึงได้จัดทำคู่มือสำหรับประชาชนขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการติดต่อกับกองสวัสดิการสังคมต่อไป

กองสวัสดิการสังคม
องค์การบริหารส่วนตำบลกุดน้ำใส

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้อายุ	๑
การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพความพิการ	๗
การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์หรือโรคมุมิคุ้มกันบกพร่อง	๑๒
การลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด	๑๘
การลงทะเบียนเพื่อขอรับสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี	๒๖
ศูนย์ช่วยเหลือประชาชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	๓๕



การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

งานที่ให้บริการ	การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลกุดน้ำใส
ขอบเขตการให้บริการ	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
สถานที่/ช่องช่องทางให้บริการ	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลกุดน้ำใส
ระยะเวลาเปิดให้บริการ	ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.
โทรศัพท์	๐-๔๔๐๕-๖๕๘๖ ต่อ ๒๔๒๗

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่ อบต.กุดน้ำใส
๓. เป็นผู้มีอายุ ๖๐ ปี บริบูรณ์ขึ้นไป
๔. เป็นผู้ไม่มีรายได้หรือมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพ ตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุกำหนด
๕. ผู้สูงอายุที่ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาใหม่ในเขตพื้นที่ อบต.กุดน้ำใส
๖. ไม่เป็นผู้ที่ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจาก หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใด ในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ในการยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- ๑) รับเงินสดด้วยตนเองหรือรับเงินสดโดยการมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
- ๒) โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิหรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

หลักฐานที่ใช้

๑. บัตรประจำตัวประชาชนพร้อมสำเนา
๒. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา
๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา สำหรับกรณีผู้ประสงค์รับผ่านธนาคาร
๔. ในกรณีมีความจำเป็นผู้สูงอายุไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่น เป็นผู้ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนได้

แนวทางดำเนินการ

ผู้สูงอายุที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์และผู้สูงอายุที่มีอายุ ๕๙ ปี และจะมีอายุครบ ๖๐ ปี ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๙ (ผู้สูงอายุต้องเกิดระหว่างวันที่ ๒ กันยายน พ.ศ.๒๕๐๙ – ๑ กันยายน พ.ศ.๒๕๑๐) สามารถมายืนยันสิทธิผู้สูงอายุเพื่อเป็นผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ตั้งแต่เดือนมกราคม – เดือนธันวาคมของทุกปี ณ ที่ทำการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสถานที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด โดยจะเริ่มได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในเดือนถัดไปหลังจากที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์

การย้ายภูมิลำเนาของผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ในกรณีที่ผู้สูงอายุซึ่งได้รับเบี้ยยังชีพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนึ่ง ได้ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น แล้วแต่กรณี ให้ผู้สูงอายุนั้นยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนมีภูมิลำเนาในกรณีที่ผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนา ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิม ซึ่งได้จ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ แจ้งไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นภูมิลำเนาแห่งใหม่ของผู้สูงอายุ เพื่อให้แจ้งผู้สูงอายุนั้นยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ แล้วแต่กรณีให้ผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิม ไปจนถึงสิ้นปีงบประมาณที่แจ้งย้ายภูมิลำเนา เว้นแต่ผู้สูงอายุนั้นได้ยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ในกรณีที่ผู้สูงอายุได้ดำเนินการยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแล้ว ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ จ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในเดือนถัดไป โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ต้องได้รับการยืนยันจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมก่อน แล้วแต่กรณีในกรณีที่ผู้สูงอายุมิได้มาดำเนินการตามวรรคหนึ่งภายในปีงบประมาณที่แจ้งย้ายภูมิลำเนาหากได้ดำเนินการยืนยันสิทธิตามวรรคหนึ่ง ให้ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอีกครั้งในเดือนถัดไป

กรณีผู้สูงอายุซึ่งต้องขังหรือจำคุก

ผู้สูงอายุที่ต้องขังหรือจำคุกในเรือนจำ/ทัณฑสถาน สามารถรักษาสีทธิเบี้ยยังชีพได้ โดยมอบอำนาจให้ผู้อำนวยการเรือนจำ, ผู้อำนวยการทัณฑสถาน หรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย เป็นผู้แทนยืนยันสิทธิเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามภูมิลำเนาเดิมของผู้ต้องขัง เพื่อให้เจ้าหน้าที่จัดเตรียมเอกสารและดำเนินการแทนได้

การสิ้นสุดสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑. ผู้สูงอายุเสียชีวิต
๒. ขาดคุณสมบัติ
๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นหนังสือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพ

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๖

สิทธิประโยชน์

ได้รับการช่วยเหลือเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือน โดยแบ่งช่วงอายุตามขั้นบันไดดังนี้
 อายุ ๖๐-๖๙ ปี ได้รับเดือนละ ๖๐๐ บาท/เดือน
 อายุ ๗๐-๗๙ ปี ได้รับเดือนละ ๗๐๐ บาท/เดือน
 อายุ ๘๐-๘๙ ปี ได้รับเดือนละ ๘๐๐ บาท/เดือน
 อายุ ๙๐ ปีขึ้นไป ได้รับเดือนละ ๑,๐๐๐ บาท /เดือน

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

กระบวนการงาน ขั้นตอนและวิธีปฏิบัติในการให้บริการประชาชน กองสวัสดิการสังคม

ลำดับ	กระบวนการงานบริการ	ขั้นตอนการให้บริการ	เอกสารประกอบการพิจารณา	ระยะเวลาให้บริการ
๑	ขั้นตอนการยืนยันสิทธิ ขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ	๑.ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเงิน เบี้ยยังชีพหรือผู้รับมอบ อำนาจยื่นคำขอพร้อม เอกสาร ๒.เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ เอกสารสอบถามข้อมูล ๓.บันทึกข้อมูลลงในระบบ สารสนเทศฯ ๔.ผู้ลงทะเบียนตรวจสอบ ความถูกต้องข้อมูลส่วนตัว ๕.ออกไปรับลงทะเบียนให้ ผู้ลงทะเบียนหรือผู้รับ มอบอำนาจ	๑.บัตรประจำตัวประชาชนพร้อม สำเนา ๒.ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา ๓.สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อม สำเนาสำหรับกรณีผู้ประสงค์รับ ผ่านธนาคาร ๔.ในกรณีมีความจำเป็นผู้สูงอายุไม่ สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง ได้อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์ อักษรให้ผู้อื่น เป็นผู้ยื่นคำขอรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนได้	๑๕ นาที

แผนภูมิขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการลงทะเบียน
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ยื่นเอกสารหลักฐาน เพื่อยืนยันสิทธิ



ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน สอบถามข้อมูล 5 นาที



บุคคลที่ยืนยันสิทธิตรวจสอบความถูกต้องข้อมูลส่วนตัว 3 นาที



บันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศฯ 5 นาที



ออกหลักฐานการรับลงทะเบียน 2 นาที

เลขที่...../.....

แบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

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

โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ นามสกุล.....
เกิดวันที่.....เดือนพ.ศ.อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ตามทะเบียน
บ้านเลขที่หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ ซอยถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดรหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์.....

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

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

มีความประสงค์ ขอยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย
ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖
 ไม่ขอรับสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)
- หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
- “ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ณ วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”
- “ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครอง
ท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยืนยันสิทธิ/ผู้รับมอบอำนาจยืนยันสิทธิ

เจ้าหน้าที่ผู้รับยืนยันสิทธิ

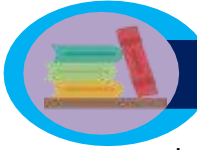
หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

- ๒ -

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน <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"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติยืนยันสิทธิครบถ้วน</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ <u>รอตรวจคุณสมบัติ</u> ณ วันที่มีสิทธิได้รับ เงินเบี้ยยังชีพ</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก</p> <p>(ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายกเทศมนตรีตำบลกระจำ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับยืนยันสิทธิ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับยืนยันสิทธิ.....</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับยืนยันสิทธิ <input type="checkbox"/> ไม่รับยืนยันสิทธิ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....</p> <p>(ลงชื่อ) (นางปรีญา โพธิ์ชัย) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลลูกน้ำใส วัน/เดือน/ปี</p>	

.....ฉีกตามรายปรุ.....

ยื่นแบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.
การยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
ตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลายืนยันสิทธิ โดยได้รับตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.
เป็นต้น



การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพความพิการ

งานที่ให้บริการ	การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพความพิการ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลกุดน้ำใส
ขอบเขตการให้บริการ	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
สถานที่/ช่องช่องทางให้บริการ	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลกุดน้ำใส
ระยะเวลาเปิดให้บริการ	ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.
โทรศัพท์	๐-๔๔๐๕-๖๕๘๖ ต่อ ๒๔๒๗

หลักเกณฑ์

๑. มีสัญชาติไทย
๒. เป็นผู้ที่มีชื่อตามทะเบียนบ้านอยู่ในเขตตำบลกุดน้ำใส
๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับ เงินเบี้ยความพิการ โดยรับเงินสดด้วยตนเอง หรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ

หลักฐานที่ใช้

๑. บัตรประจำตัวประชาชนพร้อมสำเนา
๒. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา
๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา สำหรับกรณีผู้ประสงค์รับผ่านธนาคาร
๔. ในกรณีมีความจำเป็นผู้พิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่น เป็นผู้ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการแทนได้
๕. บัตรพิการพร้อมสำเนา

วิธีการ

๑. คนพิการที่จะมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสถานที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด
๒. กรณีคนพิการที่ได้รับเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณที่ผ่านมา ให้ถือว่าเป็นผู้ได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้แล้ว
๓. กรณีคนพิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการย้ายที่อยู่ และยังคงประสงค์จะรับเงินเบี้ยความพิการต้องไปแจ้งต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพความพิการ

การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ

เบี้ยยังชีพคนพิการ (เบี้ยความพิการ) มีการจ่ายเงินผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นรายเดือนภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน ในอัตรา ๘๐๐ บาท/คน/เดือน (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี ได้รับ ๑,๐๐๐ บาท/เดือน) สำหรับผู้มีบัตรประจำตัวคนพิการ โดยโอนเข้าบัญชีธนาคาร

การย้ายภูมิลำเนาของผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ

คนพิการที่ได้รับเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเมื่อมีการย้ายภูมิลำเนาให้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่จ่ายเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป

การสิ้นสุดสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ

๑. คนพิการเสียชีวิต
๒. ขาดคุณสมบัติ
๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยความพิการเป็นหนังสือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการ

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง(ฉบับที่๔) พ.ศ.๒๕๖๒

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

กระบวนการ ขั้นตอนและวิธีปฏิบัติในการให้บริการประชาชน กองสวัสดิการสังคม

ลำดับ	กระบวนการบริการ	ขั้นตอนการให้บริการ	เอกสารประกอบการพิจารณา	ระยะเวลาให้บริการ
๑	การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ	๑. ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเงินเบี้ยความพิการหรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสาร ๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารสอบถามข้อมูล ๓. บันทึกข้อมูลลงในระบบสารสนเทศฯ ๔. ผู้ลงทะเบียนตรวจสอบความถูกต้องข้อมูลส่วนตัว ๕. ออกใบรับลงทะเบียนให้ผู้ลงทะเบียนหรือผู้รับมอบอำนาจ	๑. บัตรประจำตัวประชาชนพร้อมสำเนา ๒. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา ๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาสำหรับกรณีผู้ประสงค์รับผ่านธนาคาร ๔. ในกรณีมีความจำเป็นผู้พิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการแทนได้ ๕. บัตรพิการพร้อมสำเนา	๑๕ นาที

แผนภูมิขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการลงทะเบียน
เบี้ยความพิการ

ยื่นเอกสารหลักฐาน เพื่อลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ



ตรวจสอบเอกสาร หลักฐานสอบถาม 5 นาที



บุคคลที่ยืนยันสิทธิตรวจสอบความถูกต้องข้อมูลส่วนตัว 2 นาที



บันทึกข้อมูลลงในระบบสารสนเทศฯ 5 นาที



ออกหลักฐานการรับลงทะเบียน 3 นาที

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา - มารดา บุตร สามเฒ่า- 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..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน

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

ตำบล อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ ----

ประเภทความพิการ ความพิการทางการเห็น ความพิการทางสติปัญญา

ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้

ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางออกัสติก

ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ โทรศัพท์.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่
เมื่อ

ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อื่นๆ (ระบุ)

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

มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ

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

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคาร สาขา เลขที่บัญชี ---

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน
(.....) (.....)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง □ หน้าข้อความที่ต้องการ

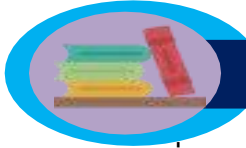
- ๒

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นผู้มีความประพฤติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายก เทศมนตรี/อบต. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)</p>
<p>คำสั่ง <input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ..... (ลงชื่อ) (นางปรีญา โพธิ์ชัย) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลกุดน้ำใส</p>	

.....ติดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยจะเริ่ม
รับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการตั้งแต่เดือน พ.ศ. ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน **กรณีคน
พิการย้ายที่อยู่ไปอยู่ที่อื่นในระหว่างปีงบประมาณ จะต้องไปยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่ทำการ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนนั้นๆ เพื่อรักษาสิทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการใน
เดือนนั้นๆ**



การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์หรือโรคมุมักันบกพร่อง

งานที่ให้บริการ	การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์หรือโรคมุมักันบกพร่อง
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลกุดน้ำใส
ขอบเขตการให้บริการ	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
สถานที่/ช่องช่องทางให้บริการ	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลกุดน้ำใส
ระยะเวลาเปิดให้บริการ	ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.
โทรศัพท์	๐-๔๔๐๕-๖๕๘๖ ต่อ ๒๔๒๗

หลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

๑. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
๒. เป็นผู้ที่มีชื่อตามทะเบียนบ้านอยู่ในเขตตำบลกุดน้ำใส
๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดอุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหา ความซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณา ก่อน

หลักฐานที่ใช้

๑. บัตรประจำตัวประชาชนพร้อมสำเนา
๒. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา
๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา สำหรับกรณีผู้ประสงค์รับผ่านธนาคาร
๔. ในกรณีมีความจำเป็นผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่น เป็นผู้ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แทนได้
๕. ใบรับรองแพทย์ที่ทำการวินิจฉัยแล้ว

วิธีการ

๑. ผู้ป่วยเอดส์ ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองท้องถิ่น ณ ที่ทำการองค์กรปกครองท้องถิ่น ด้วยตนเอง หรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้
๒. ผู้ป่วยเอดส์ รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ โดยพิจารณาจากความเดือดร้อน เป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือเป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการ ของรัฐ
๓. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบ ต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

การย้ายภูมิลำเนาของผู้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ เมื่อย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ จะต้องลงทะเบียนเป็นผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่จะจ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์หลังจากที่ผู้บริหารท้องถิ่นอนุมัติให้เป็นผู้มีสิทธิสงเคราะห์ได้

การสิ้นสุดสิทธิรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. เสียชีวิต
๒. ขาดคุณสมบัติ

การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพในอัตราเดือนละ ๕๐๐ บาท

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ข้อ ๙ บุคคลที่มีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ ให้ยื่นคำขอได้ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ ในกรณีที่ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอได้ด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้

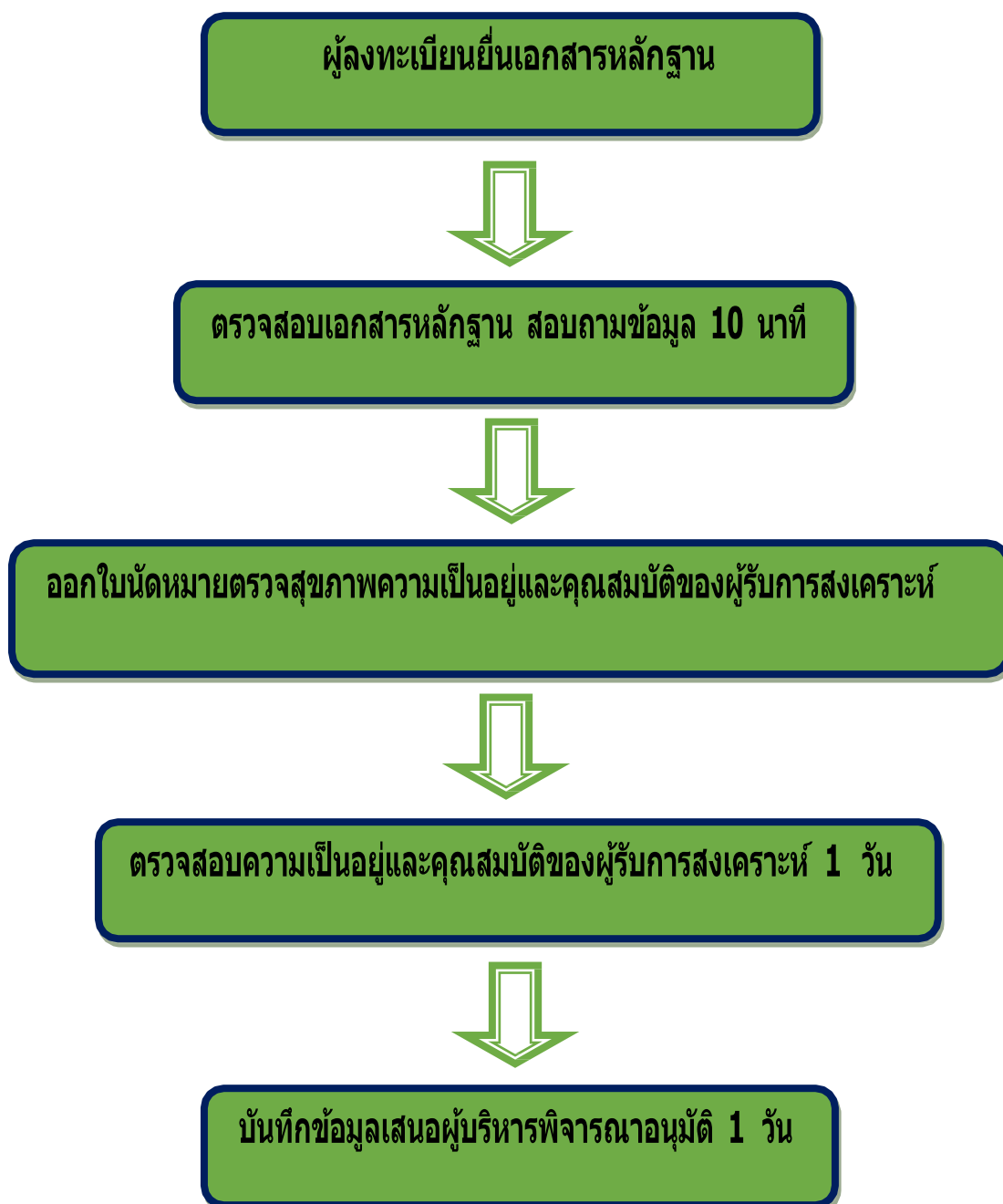
ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

กระบวนการงาน ขั้นตอนและวิธีปฏิบัติในการให้บริการประชาชน กองสวัสดิการสังคม

ลำดับ	กระบวนการบริการ	ขั้นตอนการให้บริการ	เอกสารประกอบการพิจารณา	ระยะเวลาให้บริการ
๑	การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอ็ดส์	<p>๑.ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์หรือผู้มอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสาร</p> <p>๒.เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐาน</p> <p>๓.ออกใบนัดหมายตรวจสุขภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติ</p> <p>๔.ตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์ขอรับการสงเคราะห์</p>	<p>๑.บัตรประจำตัวประชาชนพร้อมสำเนา</p> <p>๒.ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา</p> <p>๓.สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาสำหรับกรณีผู้ประสงค์รับผ่านธนาคาร</p> <p>๔.ในกรณีมีความจำเป็นผู้ป่วยเอ็ดส์ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอ็ดส์แทนได้</p> <p>๕.ใบรับรองแพทย์ที่ทำการวินิจฉัยแล้ว</p>	๓ วัน

แผนภูมิขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการลงทะเบียน
เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์



ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น..... กับผู้สูงอายุที่ขอ
ลงทะเบียน 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/แขวง กุดน้ำใส อำเภอ/เขต จตุรัส จังหวัด ชัยภูมิ รหัสไปรษณีย์ 36130 โทรศัพท์.....

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

สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ.....

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับเงินสวัสดิการภาครัฐ

- ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....
- มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับ
พร้อมแนบเอกสารดังนี้ มอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย สำเนา
ทะเบียนบ้าน
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร.....
บัญชีเลขที่..... ชื่อบัญชี.....
- หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

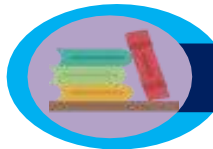
ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

-2-

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก.....</p> <p>(ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลกุดน้ำใส คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบ แล้วมีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)</p>
<p>คำสั่ง <input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ</p> <p>(ลงชื่อ)..... (นางปรีญา โพธิ์ชัย) นายกองค้การบริหารส่วนตำบลกุดน้ำใส</p>	



การลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

งานที่ให้บริการ	การลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลกุดน้ำใส
ขอบเขตการให้บริการ	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
สถานที่/ช่องช่องทางให้บริการ	กองสวัสดิการสังคม
ระยะเวลาเปิดให้บริการ	ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.
โทรศัพท์	๐-๔๔๐๕-๖๕๘๖ ต่อ ๒๔๒๗

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ผู้ปกครองมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

๑. เป็นบิดามารดาหรือบุคคลอื่นที่ผู้เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
๒. เด็กแรกเกิดต้องอาศัยอยู่ด้วยกัน
๓. ครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ (สมาชิกในครอบครัวมีรายได้ไม่เกินคนละ ๑๐๐,๐๐๐ บาท/ปี)
๔. ผู้ปกครองรับเงินผ่านธนาคารที่ผูกพร้อมเพย์ด้วยหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนเด็กแรกเกิดมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้
 ๑. มีสัญชาติไทย
 ๒. อายุไม่เกิน ๖ ปี
 ๓. อาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่มีรายได้ต่ำ
 ๔. ไม่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือเอกชน ตามที่อธิบดีกรมกิจการเด็กและเยาวชนประกาศกำหนด

วิธีการ

๑. การยื่นทะเบียนให้ยืนยันตัวตนผ่านแอป D.DOPA ก่อนพร้อมแนบเอกสารในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ เพื่อเป็นหลักฐาน ดังต่อไปนี้

- ๑.๑ หลักฐานการรับรองสถานะครัวเรือน พร้อมภาพถ่ายบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่รัฐ บัตรหรือเอกสารอื่นที่แสดงสถานะตำแหน่งของผู้รับรองคนที่ และผู้รับรองคนที่ ๒
- ๑.๒ ใบรับรองเงินเดือนหรือหนังสือรับรองรายได้ของสมาชิกในครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำทุกคน กรณีเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท
๒. ผู้ปกครองสามารถไปยื่นในพื้นที่ที่เด็กแรกเกิดและผู้ปกครองอาศัยอยู่เอกสารที่ต้องใช้ลงทะเบียนมีดังต่อไปนี้
 - ๒.๑ แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.๐๑)
 - ๒.๒ แบบรับรองสถานะครัวเรือน (ดร.๐๒)
 - ๒.๓ สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
 - ๔.๔ หนังสือรับรองรายได้หรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่มีรายได้ประจำเป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท) จำนวน.....ใบ (ถ้ามี)

๔.๕ เอกสาร หรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรหรือเอกสารอื่นใดที่แสดงสถานะหรือตำแหน่ง
ของผู้รับรองคนที่ ๑ และผู้รับรองคนที่ ๒

๔.๖ สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
(เฉพาะผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

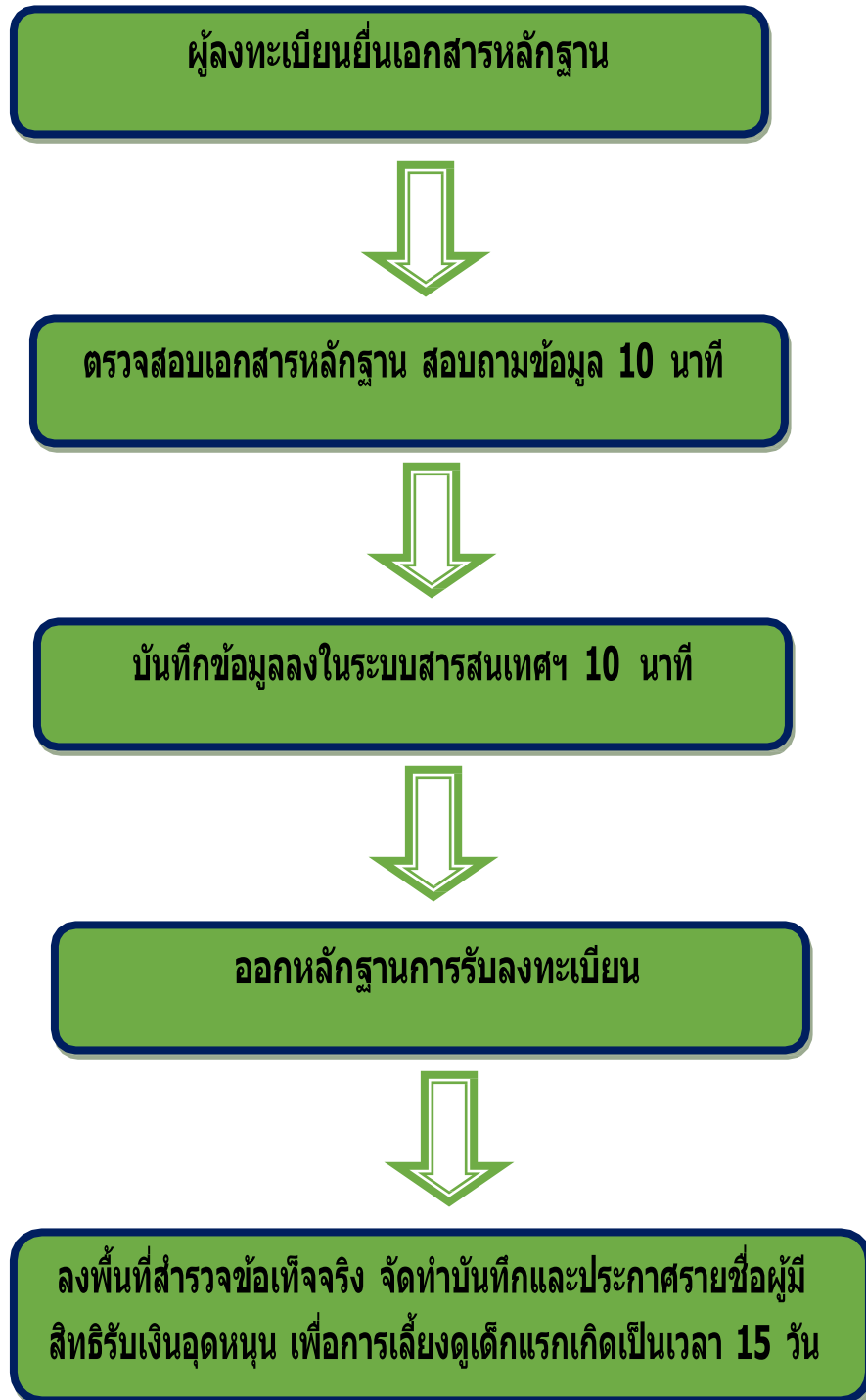
ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

กระบวนการ ขั้นตอนและวิธีปฏิบัติในการให้บริการประชาชน กองสวัสดิการสังคม

ลำดับ	กระบวนการบริการ	ขั้นตอนการให้บริการ	เอกสารประกอบการพิจารณา	ระยะเวลาให้บริการ
๑	การลงทะเบียนเพื่อ ขอรับ สิทธิเงินอุดหนุนเพื่อ การ เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด	๑. มารดาหรือผู้ปกครองที่ ประสงค์ขอรับเงินอุดหนุนฯ ยื่นคำขอพร้อมเอกสาร ๒. เจ้าหน้าที่ตรวจเอกสาร คำขอลงทะเบียนและ เอกสารหลักฐาน ๓. ลงพื้นที่สำรวจข้อเท็จจริง จัดทำบันทึกและประกาศ รายชื่อเด็กแรกได้รับเงินอุด หนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรก เกิดทุกวันที่ ๑ และวันที่ ๑๖ ของเดือน และติด ประกาศเป็นเวลา ๑๕ วัน ๔. ออกใบรับลงทะเบียนให้ผู้ ลงทะเบียน ๕. บันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบ ฐานข้อมูลโครงการเงิน อุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็ก แรกเกิด พร้อมส่งเอกสาร อิเล็กทรอนิกส์ในระบบฯ ให้แก่สำนักงาน พมจ.ชัยภูมิ	๑. แบบคำร้องลงทะเบียน (ดร.๐๑) ๒. แบบรับรองสถานะครัวเรือน (ดร.๐๒) ๓. สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด ๔. หนังสือรับรองรายได้หรือ ใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคน ที่มีรายได้ประจำเป็นสมาชิกใน ครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือ พนักงานบริษัท) จำนวนใบ (ถ้ามี) ๕. เอกสาร หรือบัตรประจำตัว เจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรหรือ เอกสารอื่นใดที่แสดงสถานะ หรือตำแหน่งของผู้รับรองคนที่ ๑ และผู้รับรองคนที่ ๒ ๖. สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงิน ฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุน เพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องขอ ลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)	๑๖ วัน

แผนภูมิขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ
การลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด





แบบคำร้องขอลงทะเบียน
เพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ปีงบประมาณ

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

1. ข้อมูลผู้ลงทะเบียน เป็นผู้ลงทะเบียนตามโครงการเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
- 1.1 บิดา มารดา ผู้ปกครอง ความสัมพันธ์กับเด็กแรกเกิด ระบุ.....
- 1.2 เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว.....
- 1.3 เลขประจำตัวประชาชน
- 1.4 เกิดเมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... อายุ.....ปี
- 1.5 สัญชาติ.....
- 1.6 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... อาคาร/ตึก..... ชั้น..... เลขที่ห้อง..... หมู่บ้าน.....
ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....
- 1.7 ที่อยู่ปัจจุบัน ใช้ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... อาคาร/ตึก..... ชั้น..... เลขที่ห้อง..... หมู่บ้าน.....
ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....
- 1.8 อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ประกอบอาชีพ ระบุ.....
- 1.9 การศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา กำลังศึกษา.....
 จบการศึกษา (สูงสุด).....
2. ข้อมูลเด็ก (ตามสูติบัตร)
- 2.1 ชื่อ - นามสกุล เด็กชาย เด็กหญิง
- 2.2 เลขประจำตัวประชาชน
- 2.3 เกิดเมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....
- ข้อมูลมารดา
- 2.4 เด็กหญิง นาง นางสาว.....
- 2.5 เลขประจำตัวประชาชน
- 2.6 อายุ.....ปี 2.7 สัญชาติ.....
- ข้อมูลบิดา
- ไม่ปรากฏบิดา
- 2.10 เด็กชาย นาย.....
- 2.11 เลขประจำตัวประชาชน
- 2.12 อายุ.....ปี 2.13 สัญชาติ.....

3. ช่องทางการรับเงินอุดหนุน เลือกเพียง 1 ธนาคาร (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

- ธนาคารกรุงไทย ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ ธนาคาร ธ.ก.ส.ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ ธนาคาร ออมสิน ประเภทบัญชี เงินฝากเผื่อเรียก
 ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....

4. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- 4.1 แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.01)
 4.2 แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.02)
 4.3 สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
 4.4 หนังสือรับรองรายได้หรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่มีรายได้ประจำเป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท) จำนวน.....ใบ (ถ้ามี)
 4.5 เอกสาร หรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรหรือเอกสารอื่นใดที่แสดงสถานะหรือตำแหน่งของผู้รับรองคนที่ 1 และผู้
 รับรองคนที่ 2
 4.6 สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
 (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของ
 ข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ยินยอมให้นำข้อมูลในบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อ
 ตรวจสอบสถานะบุคคลในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร ข้อมูลทางการเงินและทรัพย์สิน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ
 ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินในส่วนที่รับไปโดยไม่มีสิทธิ หรือยินยอมให้หักจากสวัสดิการอื่น หรือหักจากบัญชีเงินฝากธนาคารของข้าพเจ้าได้
 ในกรณีข้าพเจ้ายินดีรับข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็กผ่านช่องทางต่าง ๆ

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

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

วันที่ลงทะเบียน..... ตำแหน่ง.....

วันที่ลงทะเบียน.....

.....ติดตามรอยปรุ.....

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)
 สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
 หนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ
 พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท หรือผู้มีรายได้ประจำ) จำนวน.....ใบ
 เอกสาร หรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรอง

คนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2

- สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องขอ
 ลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน

ส่วนที่ 2 : ผู้รับรอง

ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 1 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)
<p>ข้าพเจ้า <input type="radio"/> นาย <input type="radio"/> นาง <input type="radio"/> นางสาว นามสกุล.....</p> <p>ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน</p> <p>โทรศัพท์.....</p> <p><input type="radio"/> รับรอง เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่มีรายได้อีกไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น</p> <p><input type="radio"/> ไม่รับรอง เนื่องจาก.....</p> <p style="text-align: right;">(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 1 (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....</p> <p>หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 1 : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมืองพัทยา อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการชุมชน ประธานชุมชน ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนั้น ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ ต้องไม่เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน และผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลในครัวเรือนที่มีรายได้น้อยของเด็กแรกเกิด</p> <p style="text-align: right;">ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ ต้องไม่เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน และผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลในครัวเรือนที่มีรายได้น้อยของเด็กแรกเกิด</p>
ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 2 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)
<p>ข้าพเจ้า <input type="radio"/> นาย <input type="radio"/> นาง <input type="radio"/> นางสาว นามสกุล.....</p> <p>ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน</p> <p>โทรศัพท์.....</p> <p><input type="radio"/> รับรอง เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่มีรายได้อีกไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น</p> <p><input type="radio"/> ไม่รับรอง เนื่องจาก.....</p> <p style="text-align: right;">(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 2 (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....</p> <p>หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 2 : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมืองพัทยา อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการชุมชน ประธานชุมชน ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนั้น ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ</p> <p style="text-align: right;">ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ ต้องไม่เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน และผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลในครัวเรือนที่มีรายได้น้อยของเด็กแรกเกิด</p>

แบบ ดร.06



แบบคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิผู้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

วันที่ยื่นคำร้อง.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ยื่นคำร้อง

เรียน นายกองค้ำการบริหารส่วนตำบล/นายกเทศมนตรีเทศบาล/นายกเมืองพัทยา/ผู้อำนวยการเขต.....

ข้าพเจ้า เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาวเลขประจำตัวประชาชน - - - -

มีความประสงค์ยื่นคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิผู้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดของ

เด็กชาย/เด็กหญิง.....

โดยขอเปลี่ยนแปลงผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

จาก เด็กชาย/เด็กหญิง/นาย/นาง/นางสาว.....

เป็น เด็กชาย/เด็กหญิง/นาย/นาง/นางสาว.....

เนื่องจาก.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง

ลงชื่อ.....

ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

ลงชื่อ.....

ผู้รับคำร้อง

ตำแหน่ง.....

ส่วนที่ 2

เรียน อธิบดีกรมกิจการเด็กและเยาวชน/พัฒนาสังคมและความมั่นคง

ของมนุษย์จังหวัด.....

พร้อมนี้ได้แนบ แบบ ดร.01 และ แบบ ดร.02 มาเรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

(.....)

ผอ.สำนักงานเขต/นายก อบต./นายกเทศมนตรีเทศบาล/

นายกเมืองพัทยา.....

วันที่.....

ส่วนที่ 3 การพิจารณาข้อเท็จจริง

ได้พิจารณาข้อเท็จจริงตามเหตุผลที่ระบุแล้ว พบว่า

 ผู้ยื่นคำร้องเป็นผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนได้

ตามคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิฯ

 ผู้ยื่นคำร้องเป็นผู้ไม่มีสิทธิรับเงินอุดหนุนได้

ตามคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิฯ

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

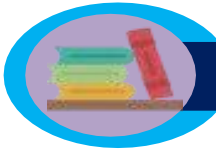
(.....)

อธิบดีกรมกิจการเด็กและเยาวชน/

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด.....

วันที่.....

หมายเหตุ : ให้แนบบนแบบคำร้องของลงทะเบียน (แบบ ดร.01) และแบบรับรองสถานะของครัวเรือน (แบบ ดร.02) ของผู้ยื่นขอเปลี่ยนแปลงสิทธิ



การลงทะเบียนเพื่อขอรับสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

งานที่ให้บริการ	การลงทะเบียนเพื่อขอรับสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลกุดน้ำใส
ขอบเขตการให้บริการ	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
สถานที่/ช่องช่องทางการให้บริการ	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลกุดน้ำใส
ระยะเวลาเปิดให้บริการ	ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.
โทรศัพท์	๐-๔๔๐๕-๖๕๘๖ ต่อ ๒๔๒๗

หลักเกณฑ์

คุณสมบัติที่จะได้รับเงินค่าจัดการศพ

๑. มีอายุเกิน ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

๒. มีสัญชาติไทย

๓. เป็นผู้สูงอายุที่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เว้นแต่ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐแต่ยังไม่มี

บัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียน ให้ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือประธานชุมชนเป็นผู้รับรอง

วิธีการ

โดยผู้ยื่นคำขอต้องยื่นคำขอภายในกำหนด ๖ เดือน นับตั้งแต่วันที่ออกใบมรณบัตรเอกสารยื่นคำขอ

๑. ใบมรณบัตรของผู้สูงอายุ

๒. บัตรสวัสดิการแห่งรัฐของผู้สูงอายุ

๓. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายและเลขประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ กรณีการจัดการศพตามประเพณีโดยมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์ให้แนบหนังสือแสดงการจดทะเบียนหรืออนุญาตให้สร้าง จัดตั้ง หรือดำเนินงานมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์ ด้วย

๔. แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี (ศผส.๐๑)

๕. สมุดบัญชีหรือเลขที่บัญชีธนาคารของผู้ยื่นคำขอเว้นแต่ประสงค์จะขอรับเงินสด ให้ดำเนินการตามระเบียบของทางราชการ > กรณีผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐแต่ยังไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียน ให้ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยาเป็นผู้รับรอง (ศผส.๐๒)

กฎหมาย

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๑ วรรคหนึ่ง (๑๒) มาตรา ๑๑ วรรคสาม และมาตรา ๒๔ แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ ประกอบข้อ ๒ แห่งประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง การกำหนดหน่วยงานผู้มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ พ.ศ. ๒๕๕๓ และ แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๖๑ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

กระบวนการ ขั้นตอนและวิธีปฏิบัติในการให้บริการประชาชน กองสวัสดิการสังคม

ลำดับ	กระบวนการบริการ	ขั้นตอนการให้บริการ	เอกสารประกอบการพิจารณา	ระยะเวลาให้บริการ
๑	การลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี	๑.ผู้รับผิดชอบในการจัดการศพตามประเพณียื่นคำขอพร้อมเอกสาร ๒.เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารสอบถามข้อมูล ๓.ประสานกับ ผู้ใหญ่บ้าน/ กำนันเพื่อให้การรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพตามประเพณี	๑.ใบมรณบัตรของผู้สูงอายุฉบับจริง ๒.บัตรสวัสดิการแห่งรัฐของผู้สูงอายุ ๓.บัตรประจำตัวประชาชนหรือ บัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายและเลขประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ ๔.สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ยื่นคำขอ ๕.แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี (ศผส.๐๑) ๖.ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐแต่ ยังไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ หรือยังไม่ได้ลงทะเบียน ให้ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน หรือ นายกเทศมนตรี เป็นผู้รับรอง (ตามแบบ ศผส.๐๒)	๒๐ นาที

**แผนภูมิขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการการลงทะเบียนเพื่อ
ขอรับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี**





แบบ ศสส. 01

แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

เขียนที่

วัน เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ 1 : สำหรับผู้ยื่นขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

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

มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ตายในฐานะเป็น และเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุ โดยได้รับความยินยอมจากบิดา/มารดา/บุตร/พี่น้อง/เครือญาติ/ของผู้สูงอายุที่ตายให้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพของผู้สูงอายุที่ตาย ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... ถึงแก่กรรมด้วยสาเหตุ.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ตามใบมรณบัตรเลขที่.....ออกให้โดย.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าไม่เคยได้รับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุรายนี้มาก่อน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและข้อมูลในบัตรประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้แก่หน่วยงานของรัฐและยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถามและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาจัดสรรสวัสดิการและหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามกฎหมายของรัฐ และหรือเพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้ถือว่าคุุณับและบรรดาคำเนา ภาพถ่าย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสารที่สร้างขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้าเช่นเดียวกัน

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่ / /

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้ให้การรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

เขียนที่

วัน เดือน พ.ศ.

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

(ลงชื่อ) ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ / /

(ข้อมูลชี้แจงด้านหลัง)

(ด้านหลัง แบบ ศผส. 01)

คำชี้แจง

1. ผู้ยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรม เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้องของผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรม ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่มีญาติ บุคคลที่รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุเป็นผู้ยื่นคำขอรับเงินค่าจัดการศพ เช่น ผู้ให้การดูแล ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น รวมทั้งมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์
2. ผู้ให้คำรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี หมายถึง ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน หรือผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ผู้ปกครองสถานสงเคราะห์ ผู้ปกครองสถานดูแล ผู้อำนวยการสถานคุ้มครอง หรือผู้ปกครองสถานใด ๆ ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
3. คุณสมบัติผู้สูงอายุ
 - (1) มีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป
 - (2) มีสัญชาติไทย
 - (3) ผู้สูงอายุที่ได้รับสิทธิตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ หรือโครงการสวัสดิการ ในลักษณะเดียวกันที่เรียกชื่อเป็นอย่างอื่น หรือเป็นผู้สูงอายุที่ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือ ประธานชุมชน รับรองว่ามีคุณสมบัติตามโครงการดังกล่าว
4. หลักฐานการยื่นคำขอ
 - (1) ใบมรณบัตรของผู้สูงอายุ
 - (2) บัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ตาย หรือบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ตาย พร้อมหนังสือรับรอง ตามข้อ 5 (3) แล้วแต่กรณี หากไม่มีบัตรประจำตัวประชาชนให้ใช้เอกสารราชการ ที่มีเลขประจำตัวประชาชนและวัน เดือน ปีเกิดของผู้สูงอายุที่ตายแทนได้
 - (3) บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายและเลขประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอรณบัตรจัดการศพตามประเพณีโดยมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์ ให้แนบหนังสือแสดงการจดทะเบียน หรืออนุญาตให้สร้างจัดตั้ง หรือดำเนินงานมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์ด้วย
 - (4) สมุดบัญชีหรือเลขที่บัญชีธนาคารของผู้ยื่นคำขอ เว้นแต่ประสงค์จะขอรับเงินสดให้ดำเนินการตามระเบียบของทางราชการ
 - (5) แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี (แบบ ศผส. 01)
5. การยื่นคำขอ ยื่นภายใน 6 เดือนนับตั้งแต่วันที่ออกใบมรณบัตร โดยยื่นคำขอในท้องที่ที่ผู้สูงอายุมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านหรือภูมิลำเนาที่ถึงแก่ความตาย ในขณะถึงแก่ความตาย ดังต่อไปนี้
 - (1) ในกรุงเทพมหานคร ให้ยื่นคำขอที่สำนักงานเขต สังกัดกรุงเทพมหานคร
 - (2) ในจังหวัดอื่น ให้ยื่นคำขอต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หรือที่ว่าการอำเภอ หรือสำนักงานเทศบาล หรือที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบล หรือศาลาว่าการเมืองพัทยา
6. ผู้ยื่นคำขอและผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน



แบบ ศผส.02

แบบรับรองการมีคุณสมบัติตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ

เขียนที่

วัน เดือน พ.ศ.

1. **ข้าพเจ้า** (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... อาชีพ.....อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
 ตรอก/ซอย.....ถนน ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....
มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ตายในฐานะเป็น และเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุ

2. **ข้าพเจ้า** (นาย/นาง/นางสาว) ตำแหน่ง
 สังกัดหน่วยงาน อายุ ปี
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
 อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน ตรอก/ซอย ถนน
 ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ

**ขอรับรองว่าผู้สูงอายุที่ตายชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี
 เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี 2565 ดังนี้**

1. สัญชาติไทย
 2. บุคคลที่เข้าข่ายไม่ได้รับสิทธิ

- ภิกษุ สามเณร นักพรตหรือนักบวช
- ผู้ต้องขัง ผู้ถูกกักกัน ผู้ต้องกักขัง
- บุคคลดังต่อไปนี้
 - ข้าราชการ
 - พนักงานราชการ
 - พนักงาน ลูกจ้าง เจ้าหน้าที่ หรือผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานของรัฐที่ได้รับค่าตอบแทนจากหน่วยงานของรัฐ

[หน่วยงานของรัฐตามมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลัง ของรัฐ พ.ศ. 2561] โดยตรง เว้นแต่บุคคลดังกล่าวได้รับค่าตอบแทนไม่เกิน 100,000 บาท/ปี (รอบปีปฏิทิน)

- ผู้รับบำนาญรายเดือน
- ผู้รับบำนาญปกติ หรือเบี้ยหวัดจากส่วนราชการ
- ข้าราชการการเมืองตามพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการการเมือง พ.ศ. 2535
- สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร และสมาชิกวุฒิสภา

- 2 -

3. รายได้

- 3.1 รายได้ของผู้ลงทะเบียนไม่เกิน 100,000 บาท/คน/ปีในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง
- 3.2 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวของผู้ลงทะเบียนไม่เกิน 100,000 บาท/คน/ปีในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง (การคำนวณ

รายได้เฉลี่ยของครอบครัวของผู้ลงทะเบียนคำนวณได้จากการรวมรายได้ ของผู้ลงทะเบียนและสมาชิกในครอบครัวของผู้ลงทะเบียน หาดด้วยจำนวนบุคคลทั้งหมดในครอบครัว)

4. ทรัพย์สินทาง การเงิน ได้แก่ เงินฝาก สลาก พันธบัตร และ ตราสารหนี้ ภาครัฐ การเงินของผู้ลงทะเบียนและสมาชิกในครอบครัวของผู้ลงทะเบียน หาดด้วยจำนวนบุคคลทั้งหมดในครอบครัว)

- 4.1 ทรัพย์สินทางการเงินของผู้ลงทะเบียนมีมูลค่าไม่เกิน 100,000 บาท/คน ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง
- 4.2 ทรัพย์สินทางการเงินเฉลี่ยของครอบครัวของผู้ลงทะเบียนมีมูลค่าไม่เกิน 100,000 บาท/คน ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง

(การคำนวณทรัพย์สินทางการเงินเฉลี่ยของครอบครัวของผู้ลงทะเบียนคำนวณได้จากการรวมมูลค่าทรัพย์สินทางการเงินของผู้ลงทะเบียน และสมาชิกในครอบครัวของผู้ลงทะเบียน หาดด้วยจำนวนบุคคลทั้งหมดในครอบครัว)

5. อสังหาริมทรัพย์

5.1 อสังหาริมทรัพย์ของผู้ลงทะเบียน

5.1.1 ไม่มีกรรมสิทธิ์ในอสังหาริมทรัพย์ หรือมีกรรมสิทธิ์ในอสังหาริมทรัพย์ ณ เวลาใด เวลาหนึ่ง จะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

- (1) ที่อยู่อาศัยที่เป็นที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง (บ้านพร้อมที่ดิน)
- 1.1) กรณีอยู่อาศัยอย่างเดียว
 - 1.1.1) บ้านเดี่ยว ทาวน์เฮาส์ ห้องแถว และตึกแถว ต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 25 ตารางวา
 - 1.1.2) ห้องชุดต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 35 ตารางเมตร
- 1.2) กรณีเป็นที่อยู่อาศัยและใช้ประโยชน์จากที่ดินเพื่อการเกษตร ต้องมีพื้นที่ ไม่เกิน 10 ไร่ หรือ

ในกรณีที่ใช้ประโยชน์ที่ดินเพื่อการอื่นที่ไม่ใช่เพื่อการเกษตรจะต้องมีพื้นที่ไม่ เกิน 1 ไร่

- (2) ที่ดินแยกจากที่อยู่อาศัย
 - 2.1) ในกรณีที่ใช้ประโยชน์ที่ดินเพื่อการอื่นที่ไม่ใช่เพื่อการเกษตร ต้องมีพื้นที่ ไม่เกิน 1 ไร่
 - 2.2) ในกรณีที่ใช้ประโยชน์ที่ดินเพื่อการเกษตร ต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 10 ไร่

5.1.2 ไม่มีหนังสือรับรองการทำประโยชน์ และหนังสืออนุญาตให้เข้าทำประโยชน์หรือมีหนังสือดังกล่าว แต่เมื่อรวมกับข้อ 5.1.1 [ยกเว้นข้อ (1.1.2)] จะต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 1 ไร่ หรือ 10 ไร่แล้วแต่กรณี ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง

ทั้งนี้ ผู้ลงทะเบียนที่มีรายชื่อเป็นเกษตรกร* ตามฐานข้อมูลของหน่วยงานของรัฐหรือได้รับอนุญาตให้เข้าทำประโยชน์ในเขตปฏิรูปที่ดินเพื่อเกษตรกรรมให้ถือว่าผู้ลงทะเบียนใช้ประโยชน์ จากที่ดินเพื่อการเกษตร

5.2 อสังหาริมทรัพย์ของผู้ลงทะเบียนและสมาชิกในครอบครัวของผู้ลงทะเบียน

5.2.1 ไม่มีกรรมสิทธิ์ในอสังหาริมทรัพย์ หรือมีกรรมสิทธิ์ในอสังหาริมทรัพย์ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง จะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- (1) ที่อยู่อาศัยที่เป็นที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง (บ้านพร้อมที่ดิน)
- 1.1) กรณีอยู่อาศัยอย่างเดียว
 - 1.1.1) กรณีผู้ลงทะเบียนและคู่สมรสเป็นเจ้าของที่ดินที่มีลักษณะเป็นบ้านเดี่ยว ทาวน์เฮาส์

ห้องแถว และตึกแถวแยกจากกัน ไม่ว่าจะมิบุคคลอื่นเป็นเจ้าของร่วมด้วยหรือไม่ก็ตาม ส่วนที่เป็นกรรมสิทธิ์ในที่ดินของผู้ลงทะเบียนและคู่สมรสแต่ละคนต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 25 ตารางวา กรณีผู้ลงทะเบียนและคู่สมรสเป็นเจ้าของที่ดินที่มีลักษณะเป็นบ้านเดี่ยว ทาวน์เฮาส์ ห้องแถว และตึกแถวร่วมกัน ไม่ว่าจะมิบุคคลอื่นเป็นเจ้าของร่วมด้วยหรือไม่ก็ตาม ส่วนที่เป็นกรรมสิทธิ์ในที่ดินของผู้ลงทะเบียนและคู่สมรส รวมกันต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 25 ตารางวา

- 3 -

- 1.1.2) กรณีผู้ลงทะเบียนและคู่สมรสเป็นเจ้าของห้องชุดแยกจากกัน ไม่ว่าจะมิบุคคลอื่นเป็นเจ้าของร่วมด้วยหรือไม่ก็ตาม ส่วนที่เป็นกรรมสิทธิ์ในห้องชุดของผู้ลงทะเบียน และคู่สมรสแต่ละคนต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 35 ตารางเมตร กรณีผู้ลงทะเบียนและคู่สมรสเป็นเจ้าของห้องชุดร่วมกัน ไม่ว่าจะมิบุคคลอื่นเป็นเจ้าของร่วมด้วยหรือไม่ก็ตาม ส่วนที่เป็นกรรมสิทธิ์ในห้องชุดของผู้ลงทะเบียนและคู่สมรสรวมกันต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 35 ตารางเมตร
- 1.2) กรณีเป็นที่อยู่อาศัยและใช้ประโยชน์จากที่ดิน เพื่อการเกษตร ต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 20 ไร่ หรือ ในกรณีที่ใช้ประโยชน์ที่ดินเพื่อการอื่นที่ไม่ใช่เพื่อการเกษตรจะต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 2 ไร่
- (2) ที่ดินแยกจากที่อยู่อาศัย
- (2.1) ในกรณีที่ใช้ประโยชน์ที่ดินเพื่อการอื่นที่ไม่ใช่เพื่อการเกษตร ต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 2 ไร่
- (2.2) ในกรณีที่ใช้ประโยชน์ที่ดินเพื่อการเกษตร ต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 20 ไร่
- 5.2.2 ไม่มีหนังสือรับรองการทำประโยชน์ และหนังสืออนุญาตให้เข้าทำประโยชน์หรือมีหนังสือดังกล่าว แต่เมื่อรวมกับข้อ 5.2.1 (ยกเว้นข้อ 1.1.2) จะต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 2 ไร่ หรือ 20 ไร่ แล้วแต่กรณี ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง ทั้งนี้ หากมีผู้ลงทะเบียนหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ลงทะเบียนอย่างน้อย 1 คน มีรายชื่อ เป็นเกษตรกร ตามฐานข้อมูลของหน่วยงานของรัฐหรือได้รับอนุญาตให้เข้าทำประโยชน์ในเขตปฏิรูปที่ดินเพื่อเกษตรกรรมให้ถือว่าผู้ลงทะเบียนและสมาชิกในครอบครัวของผู้ลงทะเบียนใช้ประโยชน์จากที่ดินเพื่อการเกษตร
6. บัตรเครดิต ผู้ลงทะเบียนจะต้องไม่มีบัตรเครดิต ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง
7. หนี้สิน ผู้ลงทะเบียนจะต้องไม่มีวงเงินกู้ หรือมีวงเงินกู้ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง แต่ไม่เกินหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้
- 7.1 วงเงินกู้สำหรับที่อยู่อาศัยรวมไม่เกิน 1.5 ล้านบาท
- 7.2 วงเงินกู้สำหรับยานพาหนะรวมไม่เกิน 1 ล้านบาท

ในการให้ถ้อยคำครั้งนี้ ข้าพเจ้ามิได้มีเจตนาทุจริตแต่อย่างใด และขอรับรองว่าถ้อยคำดังกล่าวข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากปรากฏข้อเท็จจริงเป็นอย่างอื่นภายหลัง ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินคดีตามกฎหมายกับข้าพเจ้าได้ และยินยอมคืนเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและข้อมูลในบัตรประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้แก่หน่วยงานของรัฐและยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถามและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาจัดสรรสวัสดิการและหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินตามกฎหมายของรัฐ และหรือเพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้ถือว่าค่าฉบับและบรรดาค่าเนา ภาพถ่าย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสารที่ทำขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้าเช่นเดียวกัน

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความทั้งหมดแล้ว และขอรับรองว่าถูกต้อง เป็นความจริงทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(ลงชื่อ)ผู้รับรอง

(.....)

(.....)

วันที่ /..... /.....

ตำแหน่ง.....

วันที่ /..... /.....

หมายเหตุ : ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองการบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน เป็นผู้ให้การรับรองผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ โดยผู้ยื่นคำขอและผู้รับรอง ต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน

แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชัยภูมิ

ข้าพเจ้า[✓].....ตำแหน่ง.....
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน[✓].....
 สำนัก/กอง/ศูนย์.....สังกัดกรม.....
 กระทรวง.....
 อยู่บ้านเลขที่[✓]..... หมู่ที่[✓]..... ซอย[✓]..... ถนน[✓]..... ตำบล/แขวง[✓].....
 อำเภอ/เขต[✓]..... จังหวัด[✓]..... รหัสไปรษณีย์[✓].....
 เบอร์โทรศัพท์[✓].....

ขอรับเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร
 มาเพื่อเป็นหลักฐานด้วยแล้ว

- กรณีเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการของหน่วยงาน ที่สังกัดส่วนราชการผู้จ่าย
- เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ใช้สำหรับรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน
 บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
 ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....
- เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารอื่น ตามที่ (หัวหน้าส่วนราชการผู้เบิก) อนุญาต
 บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
 ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....
- กรณีเป็นบุคคลภายนอกเพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
 ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

และเมื่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชัยภูมิ โอนเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online แล้ว
 ให้ส่งข้อมูลการโอนเงินผ่านทาง

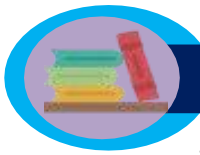
- ข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ (SMS) ที่เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....
- e-mail address.....

ลงชื่อ.....ผู้มีสิทธิ์
 (.....)

หมายเหตุ : เลขที่ขอแบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online ให้ระบุหมายเลขกำกับเรียง
 กันไปทุกฉบับ เพื่อประโยชน์ในการจัดคู่มือการเงิน

แนบเอกสาร - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาบัญชีธนาคาร จำนวน 1 แผ่น

*กรอกข้อมูลตามเครื่องหมาย [✓] และ [✗] ให้ถูกต้องครบถ้วน



ศูนย์ช่วยเหลือประชาชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

งานที่ให้บริการ	ศูนย์ช่วยเหลือประชาชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลกุดน้ำใส
ขอบเขตการให้บริการ	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
สถานที่/ช่องช่องทางให้บริการ	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลกุดน้ำใส
ระยะเวลาเปิดให้บริการ	ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.
โทรศัพท์	๐-๔๔๐๕-๖๕๘๖ ต่อ ๒๔๒๗

คู่มือปฏิบัติงานศูนย์ช่วยเหลือประชาชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ส่วนที่ ๑ โครงสร้างของศูนย์ช่วยเหลือประชาชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่งตั้งคณะกรรมการช่วยเหลือประชาชน ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วย
ค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ คณะหนึ่งเรียกว่า
"คณะกรรมการช่วยเหลือประชาชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น "

กรณีองค์การบริหารส่วนตำบล ประกอบด้วย

- | | |
|---|------------------------------------|
| ๑) นายกององค์การบริหารส่วนตำบล
หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากนายกององค์การบริหารส่วนตำบล | เป็นประธานกรรมการ |
| ๒) ข้าราชการสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด
ที่ท้องถิ่นจังหวัดมอบหมาย | เป็นกรรมการ |
| ๓) ผู้แทนส่วนราชการ ที่ได้รับมอบหมายจากนายอำเภอ
จำนวนไม่เกิน ๒ คน | เป็นกรรมการ |
| ๔) ผู้แทนประชาคม ที่นายกององค์การบริหารส่วนตำบลคัดเลือก
จำนวนไม่เกิน ๓ คน | เป็นกรรมการ |
| ๕) ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล | เป็นกรรมการ
และเลขานุการ |
| ๖) หัวหน้าหน่วยงานขององค์การบริหารส่วนตำบล
ที่ได้รับมอบหมายจากนายกององค์การบริหารส่วนตำบล
จำนวนไม่เกิน ๒ คน | เป็นกรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ |

ให้คณะกรรมการช่วยเหลือประชาชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

(๑) ให้นำรายชื่อของประชาชนที่ได้รับความเดือดร้อนที่สำรวจโดยหน่วยงานของรัฐและรายชื่อ ประชาชนที่
ยื่นลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามข้อ ๑๒ มาใช้ในการพิจารณา ช่วยเหลือ
ประชาชนตามระเบียบนี้

(๒) ปิดประกาศรายชื่อประชาชนตาม (๑) ที่จะได้รับความช่วยเหลือ ณ สำนักงานองค์กร ปกครองส่วน
ท้องถิ่น และที่ทำการหมู่บ้าน ชุมชนให้ทราบ เป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๑๕ วัน

- (ก) รายงานผลการพิจารณาให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ต่อไป
- (ข) ควบคุมการปฏิบัติให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป็นธรรม
- (ค) การปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่กำหนดไว้ในระเบียบกระทรวงมหาดไทย

ส่วนที่ ๒ วิธีการรับเรื่องขอความช่วยเหลือของประชาชน การให้คำปรึกษาและการให้บริการข้อมูล ข่าวสารของเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ช่วยเหลือประชาชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๑.กรณีผู้ขอความช่วยเหลือมาด้วยตนเอง ให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการดังนี้

- ๑) สอบถามข้อมูลจากผู้ร้องแล้วกรอกข้อมูลลงในแบบฟอร์มให้มีสาระสำคัญพอสมควร เช่น ชื่อ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์/ช่องทางการติดต่อของผู้ร้องซึ่งสามารถตรวจสอบตัวตนได้
- ๒) ระบุเรื่องอันเป็นเหตุให้ขอความช่วยเหลือ พร้อมข้อเท็จจริงหรือพฤติการณ์ตามสมควร หรือความเห็น ความต้องการ ข้อเสนอแนะต่างๆ และให้ลงลายมือชื่อของผู้ร้อง
- ๓) ถ้าเป็นการขอความช่วยเหลือแทนผู้อื่นต้องแนบใบมอบอำนาจด้วย/หากผู้ร้องไม่ยินยอมลงชื่อ มิให้รับเรื่องนั้นไว้พิจารณา และแจ้งให้ผู้ร้องทราบพร้อมบันทึกเหตุดังกล่าวไว้ในแบบคำร้อง
- ๔) บันทึกข้อมูลลงในทะเบียนเรื่องขอความช่วยเหลือที่ศูนย์ช่วยเหลือประชาชนขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดไว้
- ๕) แจ้งส่วนราชการที่เกี่ยวข้องดำเนินการพร้อมทั้งให้รายงานผลการดำเนินงานให้ทราบ ภายใน ๑๕ วันทำการ
- ๖) กรณีเป็นเรื่องขอความช่วยเหลือที่เกี่ยวข้องกับส่วนราชการอื่น หน่วยงานอื่นหรือเกินความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ส่งเรื่องขอความช่วยเหลือไปยังศูนย์ปฏิบัติการร่วมในการช่วยเหลือประชาชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สถานที่กลาง) เพื่อพิจารณาแนวทางดำเนินการต่อไป

๒.กรณีรับเรื่องขอความช่วยเหลือทางไปรษณีย์ โทรศัพท์ หรือระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้เจ้าหน้าที่ประจำ

ศูนย์ช่วยเหลือประชาชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินการ ดังนี้

- ๑) ตรวจสอบให้ได้ข้อมูลสำคัญที่จำเป็น เช่น ชื่อ ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์/ช่องทาง ติดต่อที่ติดต่อได้ เรื่องขอความช่วยเหลือ ปัญหาที่เกิดขึ้น และความต้องการในการแก้ไข เป็นต้นหากไม่สามารถได้ข้อมูลที่เพียงพอให้ประสานฝ่ายปฏิบัติการในพื้นที่ตรวจสอบข้อเท็จจริงเพิ่มเติม
- ๒) บันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มและทะเบียนที่ศูนย์ช่วยเหลือประชาชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดไว้
- ๓) แจ้งส่วนราชการที่เกี่ยวข้องดำเนินการพร้อมทั้งให้รายงานผลการดำเนินงานให้ทราบ ภายใน ๑๕ วันทำการ
- ๔) กรณีเป็นเรื่องขอความช่วยเหลือที่เกี่ยวข้องกับส่วนราชการอื่น หน่วยงานอื่นหรือเกินความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ส่งเรื่องขอความช่วยเหลือไปยังศูนย์ปฏิบัติการร่วมในการช่วยเหลือประชาชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สถานที่กลาง) เพื่อพิจารณาหาแนวทางดำเนินการต่อไป

๓. การให้บริการข้อมูลข่าวสารและการให้คำปรึกษาแก่ประชาชน ดำเนินการ ดังนี้

- ๑) สอบถามข้อมูลจากผู้รับบริการ
- ๒) หากสามารถให้ข้อมูลและคำปรึกษาได้ให้ชี้แจง ทำความเข้าใจกับผู้รับบริการ
- ๓) หากไม่สามารถให้ข้อมูลและคำปรึกษาได้ ให้โทรศัพท์ประสานส่วนราชการที่เกี่ยวข้องมารับ เรื่องและให้บริการข้อมูลข่าวสารและคำปรึกษาทันที ทั้งนี้ การให้ข้อมูลข่าวสารนั้นต้องดำเนินการตาม พ.ร.บ. ข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๔๐ โดยให้รับเรื่องและแจ้งขั้นตอน วิธีการให้ผู้รับบริการทราบ
- ๔) ให้เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ช่วยเหลือประชาชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบันทึกการ ให้บริการข้อมูลข่าวสารและคำปรึกษาในทะเบียนเพื่อเก็บไว้เป็นข้อมูลต่อไป

ส่วนที่ ๓ ขั้นตอนการจัดการเรื่องขอความช่วยเหลือของศูนย์ช่วยเหลือประชาชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ขั้นตอนที่ ๑ รับเรื่องขอความช่วยเหลือ

ขั้นตอนที่ ๒ รวบรวมเรื่องขอความช่วยเหลือนำเสนอให้คณะกรรมการช่วยเหลือประชาชนขององค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณา จากนั้นแยกเป็น ๒ กรณี

๑) กรณีที่พิจารณาแล้วเห็นว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถให้ความช่วยเหลือได้ ให้ส่งต่อเรื่องให้หน่วยงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

๒) กรณีที่พิจารณาแล้วเห็นว่าเกินความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะดำเนินการได้เอง ให้ส่งต่อเรื่องให้ศูนย์ปฏิบัติการร่วมในการช่วยเหลือประชาชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สถานที่กลาง) พิจารณาแนวทางช่วยเหลือต่อไป

ขั้นตอนที่ ๓ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องแจ้งผลการดำเนินการโดยให้มีสาระสำคัญ ดังนี้

- ๑) มูลเหตุของปัญหา
- ๒) แนวทางและวิธีการแก้ไขปัญหา
- ๓) ผลการชี้แจงให้ผู้ร้องทราบ
- ๔) ข้อเสนอแนะ/ความเห็นของหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ ๔ ครบกำหนดรายงานแล้ว ส่วนราชการไม่รายงานภายในระยะเวลาที่กำหนดให้ส่ง หนังสือแจ้ง ทวงถามตามระบบปกติ ขอความร่วมมือรายงานภายใน ๕ วันทำการ หากยังไม่ได้รับรายงานให้แจ้งทวงถามเป็น ครั้งที่ ๒ ให้รายงานภายใน ๓ วันทำการ หากครบกำหนดแจ้งทวงถามครั้งที่ ๒ แล้วยังไม่ได้รับรายงาน ให้เสนอนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อพิจารณาสั่งการต่อไป

ขั้นตอนที่ ๕ การสรุปผลการช่วยเหลือประชาชนเมื่อได้รับแจ้งผลการตรวจสอบตามขั้นตอนที่ ๓ ให้ดำเนินการจัดทำบันทึกข้อความสรุปผลการช่วยเหลือประชาชนเสนอผู้บังคับบัญชาตามลำดับและบันทึกข้อมูล ผลการช่วยเหลือลงในทะเบียนของศูนย์ช่วยเหลือประชาชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แล้วรายงานศูนย์ ปฏิบัติการร่วมในการช่วยเหลือประชาชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สถานที่กลาง) ต่อไป

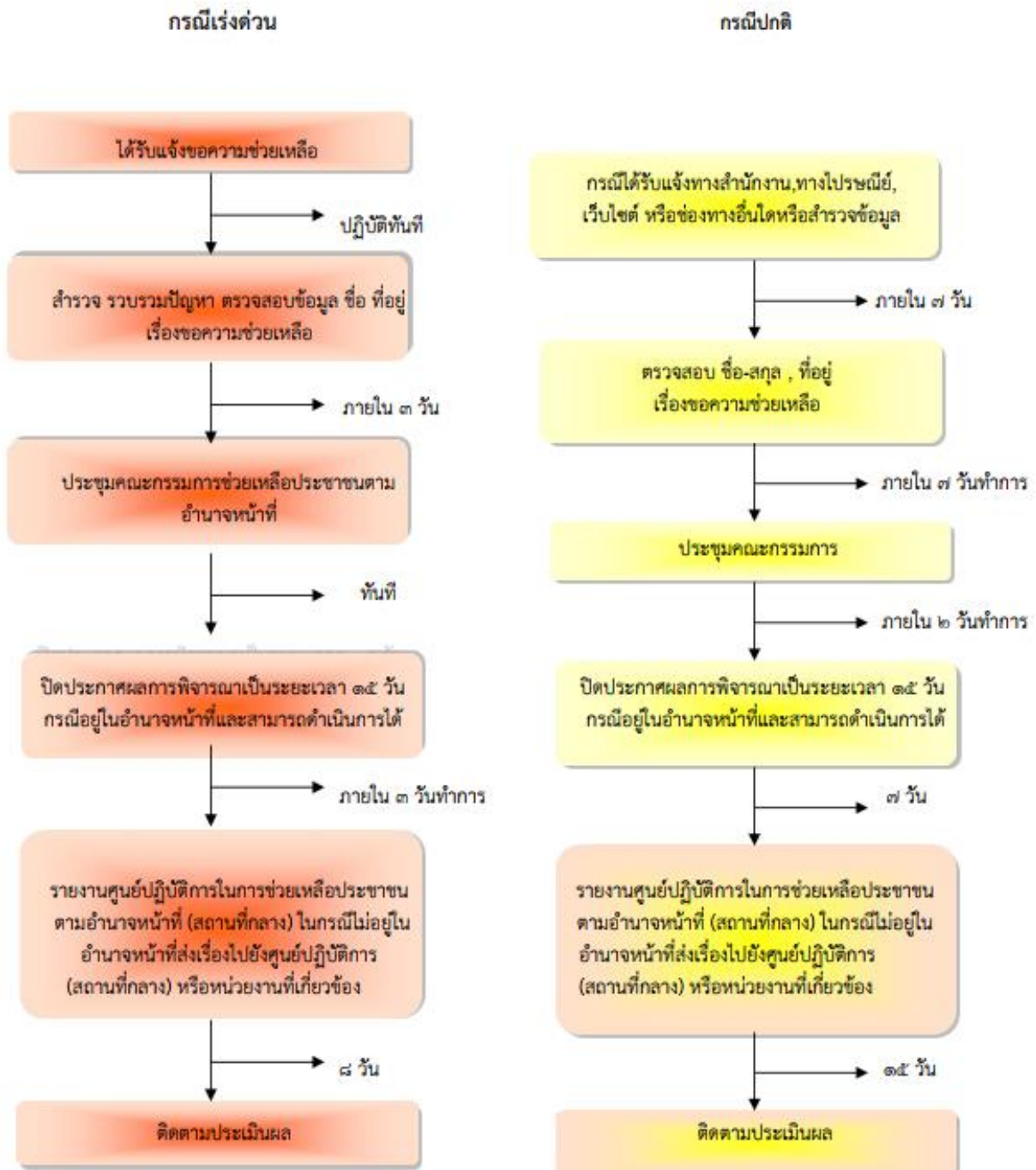
ส่วนที่ ๔ ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานของศูนย์ช่วยเหลือประชาชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานของศูนย์ช่วยเหลือประชาชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น ค่าล่วงเวลา เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ช่วยเหลือประชาชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง ค่าวัสดุฯ ให้ใช้ งบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยให้เบิกจ่ายตามระเบียบ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

กฎหมาย

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖

ผังขั้นตอนการช่วยเหลือประชาชน

ขั้นตอนการช่วยเหลือประชาชน กรณีขอความช่วยเหลือ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖



ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน

(กรณีร้องขอด้วยตนเอง)

องค์การบริหารส่วนตำบลกุดน้ำใส อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/ นาง/ นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบลกุดน้ำใส อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิโทรศัพท์

.....หมายเลขประจำตัวประชาชน..... บุคคลที่สามารถ

ติดต่อได้ชื่อนาย/นาง/นางสาว..... นามสกุล..... เบอร์โทรติดต่อ

..... มีความประสงค์ขอให้

หน่วยงาน องค์การบริหารส่วนตำบลกุดน้ำใส ดำเนินการช่วยเหลือ ดังนี้

๑ ประเภทการให้ความช่วยเหลือ

 ๑.๑ ด้านสาธารณสุข (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)

.....

 ๑.๒ ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)

.....

 ๑.๓ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)

.....

 ๑.๔ ด้านอื่นอื่น (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)

.....

๒ ข้าพเจ้าจึงขอความช่วยเหลือ (ระบุความต้องการ/สิ่งที่ขอความช่วยเหลือ)

.....

๓ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาด้วยจำนวน.....ฉบับ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าว

ข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

(ลงชื่อ)เจ้าหน้าที่ผู้รับคำร้อง

(.....)

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน

(กรณีร้องขอด้วยผู้แทน)

องค์การบริหารส่วนตำบลกุดน้ำใส อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/ นาง/ นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบลกุดน้ำใส อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิโทรศัพท์

.....หมายเลขประจำตัวประชาชน..... บุคคลที่สามารถ

ติดต่อได้ชื่อนาย/นาง/นางสาว..... นามสกุล..... เบอร์โทรติดต่อ

..... มีความประสงค์ขอให้

หน่วยงาน องค์การบริหารส่วนตำบลกุดน้ำใส ดำเนินการช่วยเหลือ (ผู้รับความ

ช่วยเหลือ)..... ดังนี้

๑ ประเภทการให้ความช่วยเหลือ

 ๑.๑ ด้านสาธารณสุข (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)

.....

 ๑.๒ ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)

.....

 ๑.๓ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)

.....

 ๑.๔ ด้านอื่นอื่น (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)

.....

๒ ข้าพเจ้าจึงขอความช่วยเหลือ (ระบุความต้องการ/สิ่งที่ขอความช่วยเหลือ)

.....

.....

๓ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาด้วยจำนวน.....ฉบับ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าว
ข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

(ลงชื่อ)เจ้าหน้าที่ผู้รับคำร้อง

(.....)



กองสวัสดิการสังคม

องค์การบริหารส่วนตำบลกุดน้ำใส
อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

