



คู่มือปฏิบัติปฏิบัติงาน กองสวัสดิการสังคม

องค์การบริหารส่วนตำบลกุดแห่
อำเภอหางดง จังหวัดหนองบัวลำภู



**คู่มือการปฏิบัติงาน
กองสวัสดิการสังคม**

จัดทำโดย

กองสวัสดิการสังคม

องค์การบริหารส่วนตำบลกุดแห่

อำเภอากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู

คำนำ

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลกุดแห่ อำเภอากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคม ในเขตตำบลกุดแห่ การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้น ให้เข้าถึงสิทธิประโยชน์อันพึงได้รับจากรัฐ รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการรับลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการและการยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ตลอดจนการดำเนินการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพ การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ดำเนินตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ การจ่ายเบี้ยความพิการ ดำเนินตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ย ความพิการ ให้คนพิการขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ดำเนินตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้อง มีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนซึ่งนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็ว ถูกต้องเกี่ยวกับการลงทะเบียนดังกล่าว รวมถึงความโปร่งใสในการปฏิบัติราชการเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงานในการให้บริการประชาชนเป็นมาตรฐานเดียวกัน และเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการต่อไป เทศบาลตำบลบัวสว่างจึงได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ และการยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ องค์การบริหารส่วนตำบลกุดแห่ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ประชาชนมีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนต่อไป

กองสวัสดิการสังคม

องค์การบริหารส่วนตำบลกุดแห่

สารบัญ

	หน้า
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๑
เบี้ยยังชีพความพิการ	๗
เงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	๑๑
เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด	๑๕
ภาคผนวก	๒๐
- แบบคำขอลงทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๒๑
- แบบมอบอำนาจเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๒๓
- แบบคำขอลงทะเบียนเบี้ยยังชีพความพิการ	๒๔
- แบบมอบอำนาจเบี้ยยังชีพความพิการ	๒๖
- แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	๒๗
- หนังสือแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	๒๘
- แบบมอบอำนาจรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	๒๙
- แบบคำขอลงทะเบียนขอรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (ดร.๐๑)	๓๐
- แบบรับรองสถานะครัวเรือน (ดร.๐๒)	๓๒
- แบบคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (ดร.๐๖)	๓๔
- แบบคำร้องขอคัดค้านการรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (ดร.๐๕)	๓๕

๑. เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



คุณสมบัติของผู้มีสิทธิลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่มีสิทธิลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลทุกแห่งตามทะเบียนบ้าน
- (๓) เป็นผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไปในปัจจุบัณประมาณถัดไป (ปัจจุบันอายุ ๕๙ ปีบริบูรณ์ และต้องเกิดก่อน ๑ ตุลาคม) สำหรับในกรณีทีในทะเบียนราษฎรไม่ปรากฏวันที่เดือนเกิด ให้ถือว่าบุคคลนั้นเกิดในวันที่ ๑ มกราคม ของปีนั้น
- (๔) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานภาครัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์อย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

(๑) มีสัญชาติไทย

(๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลลูกุดแห่ตามทะเบียนบ้าน

(๓) มีอายุ ๖๐ ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์การบริหารส่วนตำบลลูกุดแห่

(๔) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานภาครัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกันผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์อย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการ และผู้ป่วยเอดส์ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพ

ผู้สูงอายุหรือผู้รับมอบอำนาจที่จะมายื่นคำขอลงทะเบียนฯ ต้องเตรียมเอกสารหลักฐาน ดังนี้

(๑) บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

(๒) ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

(๓) สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อ และเลขที่บัญชี) สำหรับกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร จำนวน ๑ ฉบับ

(๔) หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ฉบับ

(๕) บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของรับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ฉบับ

สำหรับผู้ต้องขังหรือจำคุกในเรือนจำ ทัดตสสถานหรือสถานที่คุมขังของกรมราชทัณฑ์ ให้มอบอำนาจให้ผู้บัญชาการเรือนจำ ผู้อำนวยการทัณฑสถาน หรือเจ้าหน้าที่ที่ผู้บัญชาเรือนจำมอบหมาย

ขอรับแบบคำขอลงทะเบียนผู้สูงอายุ

และยื่นเอกสารประกอบ ได้ที่

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลลูกุดแห่

สอบถามเพิ่มเติม โทร ๐๔๒-๓๑๕๘๖๙

การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได สำหรับผู้สูงอายุ

การกำหนดเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับในปัจจุบัน คิดในอัตราเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดแบบ "ขั้นบันได" หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วง ๆ หรือเป็นขั้นขึ้นไปเรื่อย ๆ โดยเริ่มตั้งแต่ อายุ ๖๐ ปี โดยคำนวณตามปีงบประมาณมิใช่ปฏิทิน และไม่มีการเพิ่มของอายุระหว่างปี ดังนี้

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

วิธีคำนวณอายุของผู้สูงอายุ

การนับอายุว่าจะอยู่ในขั้นที่เท่าไร ให้นับ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน เท่านั้น เช่น

๑. นาง ก. เกิด ๓๐ กันยายน ๒๕๔๘ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๘ นาง ก. จะอายุ ๗๐ ปี หมายความว่า นาง ก. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๗๐๐ บาท ในเดือนตุลาคม ๒๕๕๘ (งบประมาณ ๒๕๕๙)

๒. นาย ข. เกิด ๑ ตุลาคม ๒๕๔๘ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๘ นาย ข. จะอายุ ๖๙ ปี หมายความว่า นาย ข. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๖๐๐ บาท เท่าเดิม จนกว่าจะถึงรอบปีถัดไป

การนับรอบปีงบประมาณ คือ ๑ ตุลาคม - ๓๐ กันยายน เช่น

- ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๘ - ๓๐ กันยายน ๒๕๕๙
- ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐
- ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑

การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

กรมบัญชีกลาง จะดำเนินการเบิก-จ่ายให้กับผู้สูงอายุที่มาลงทะเบียนไว้แล้ว ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน โดยการโอนเข้าบัญชีธนาคารตามที่อยู่ผู้สูงอายุได้แจ้งความประสงค์ไว้กับองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง

การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

สิทธิของผู้ที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพจะสิ้นสุดลงในกรณี ดังต่อไปนี้

- (๑) ตาย
- (๒) ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตตำบลทุกแห่ง
- (๓) แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ ดังนี้

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
- (๓) มีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- (๔) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ

หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

กรณีย้ายภูมิลำเนา ผู้สูงอายุหรือผู้ได้รับมอบอำนาจต้องไปลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายนของปีนั้นๆ และแจ้งข้อมูลให้องค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่งรับทราบ

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติงาน (การรับลงทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ)

ผู้สูงอายุหรือผู้รับมอบอำนาจกรอก
แบบคำขอฯ และยื่นเอกสาร
หลักฐานต่อเจ้าหน้าที่
(๕ นาที/ราย)

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบตรวจสอบเอกสาร หลักฐาน/
สัมภาษณ์/บันทึกข้อมูลเพิ่มเติมแล้วรวบรวมเอกสาร
เสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
(๕ นาที/ราย)

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอลงทะเบียน

๑. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้
โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา
จำนวน ๑ ฉบับ

๒. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (เฉพาะ
หน้าที่แสดงชื่อและเลขบัญชี) สำหรับกรณีผู้ขอรับ
เงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
ผู้สูงอายุผ่านธนาคาร จำนวน ๑ ฉบับ

๔. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่น
ดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ฉบับ

๕. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้
โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของ
ผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่น
ดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ฉบับ

๖. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา ของผู้รับมอบอำนาจ (กรณี
มอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ฉบับ

๗. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาผู้รับมอบ
อำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)
จำนวน ๑ ฉบับ

**เอกสารที่เป็นสำเนาต้องลงนามรับรองสำเนา
ถูกต้อง**

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ พิจารณา
ตรวจสอบคุณสมบัติของผู้สูงอายุตามเอกสาร
หลักฐานแล้วพิจารณาลงความเห็น

(๑๕ นาที/ราย)

เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร) ลงนาม
(๕ นาที/ราย)

บันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศการจัดการ
ฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
ภายในเดือนธันวาคม

ผู้รับผิดชอบ

กองสวัสดิการสังคม

องค์การบริหารส่วนตำบลกุดแห่

รวมระยะเวลาในการดำเนินการรวม ๓๐ นาที

หมายเหตุ รับลงทะเบียนภายในวันที่ ๓๐ พฤศจิกายนของทุกปี

**ตารางแสดงขั้นตอนการปฏิบัติงาน
(การรับลงทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ)**

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในปีถัดไปหรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ	๒๐ นาที	กองสวัสดิการสังคม
๒	การพิจารณา	ออกใบรับลงทะเบียนตามแบบยื่นคำขอลงทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุให้ผู้ลงทะเบียนหรือผู้รับมอบอำนาจ	๑๐ นาที	กองสวัสดิการสังคม

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม ๓๐ นาที

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอลงทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑. บัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สมุดบัญชีฝากธนาคารพร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
๔. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ฉบับ
๕. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)
๖. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)
๗. สมุดบัญชีฝากธนาคารพร้อมสำเนาผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ฉบับ

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

ช่องทางการติดต่อ

องค์การบริหารส่วนตำบลกุดแท้ กองสวัสดิการสังคม โทร.๐๔๒-๓๑๕๘๖๙ หรือ

ช่องทางเพจ facebook องค์การบริหารส่วนตำบลกุดแท้ หรือ เว็บไซต์ www.kudhae.go.th



เบี้ยยังชีพความพิการ



คุณสมบัติของผู้มีสิทธิลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ

คนพิการที่มีสิทธิลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

- (๑) สัญชาติไทย
- (๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลกุดแห่ ตามทะเบียนบ้าน
- (๓) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- (๔) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการ

คนพิการที่มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

- (๑) สัญชาติไทย
- (๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลกุดแห่ ตามทะเบียนบ้าน
- (๓) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- (๔) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอลงทะเบียน

คนพิการหรือผู้รับมอบอำนาจที่จะมายื่นคำขอลงทะเบียนฯ ต้องเตรียมเอกสารหลักฐาน ดังนี้

- (๑) สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
- (๒) สำเนาทะเบียน จำนวน ๑ ฉบับ
- (๓) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร กรณีขอรับเงินผ่านธนาคาร จำนวน ๑ ฉบับ
- (๔) หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ฉบับ
- (๕) บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ฉบับ
๖. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)
๗. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ฉบับ

การสิ้นสุดการรับเบี้ยยังชีพความพิการ

สิทธิของผู้ที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการจะสิ้นสุดลงในกรณี ดังต่อไปนี้

- (๑) ตาย
- (๒) ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตตำบลกุดแห่
- (๓) แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยความพิการเป็นหนังสือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการ
- (๔) ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ ดังนี้
 - (๑) มีสัญชาติไทย
 - (๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
 - (๓) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
 - (๔) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพความพิการ

กรณีย้ายภูมิลำเนา ผู้พิการหรือผู้ได้รับมอบอำนาจต้องไปลงทะเบียนละยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพความพิการที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนถัดไป และแจ้งข้อมูลให้องค์การบริหารส่วนตำบลกุดแห่รับทราบ

เบี้ยยังชีพความพิการ ๘๐๐/เดือน
จะจ่ายให้ผู้มีสิทธิภายในวันที่ ๑๐ ของเดือน นะครับ



แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติงาน
(การรับลงทะเบียนเบี้ยความพิการ)

คนพิการหรือผู้รับมอบอำนาจ
กรอกแบบคำขอฯ และยื่นคำขอฯ
พร้อมเอกสารหลักฐานต่อเจ้าหน้าที่
(๕ นาที/ราย)

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบตรวจสอบเอกสารหลักฐาน/
สัมภาษณ์/บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม แล้วรวบรวม
เอกสารเสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
(๕ นาที/ราย)

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอลงทะเบียน

๑. บัตรประจำตัวคนพิการพร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
 ๒. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
 ๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่ยกชื่อและเลขบัญชี) สำหรับกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร จำนวน ๑ ฉบับ
 ๔. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ฉบับ
 ๕. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ฉบับ
 ๖. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา ของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ฉบับ
 ๗. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ฉบับ
- **เอกสารที่เป็นสำเนาต้องลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง**

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติตรวจสอบ
คุณสมบัติของคนพิการตามเอกสารหลักฐานแล้ว
พิจารณาถึงความเห็น
(๑๕ นาที/ราย)

เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร) ลงนาม
(๕ นาที/ราย)

บันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศการจัดการ
ฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการภายใน
เดือนที่ลงทะเบียน

ผู้รับผิดชอบ

กองสวัสดิการสังคม

องค์การบริหารส่วนตำบลกุดแห่

รวมระยะเวลาในการดำเนินการรวม ๓๓ นาที

หมายเหตุ รับลงทะเบียนภายในวันที่ ๓๐ พฤศจิกายนของทุกปี

**ตารางแสดงขั้นตอนการปฏิบัติงาน
(การรับลงทะเบียนเบี้ยความพิการ)**

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยความพิการในเดือนถัดไปหรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ	๒๐ นาที	กองสวัสดิการสังคม
๒	การพิจารณา	ออกใบรับลงทะเบียนตามแบบยื่นคำขอลงทะเบียนเบี้ยความพิการให้ผู้ลงทะเบียนหรือผู้รับมอบอำนาจ	๑๐ นาที	กองสวัสดิการสังคม

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม ๓๐ นาที

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอลงทะเบียนเบี้ยความพิการ

๑. บัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สมุดบัญชีฝากธนาคารพร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
๔. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ฉบับ
๕. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)
๖. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)
๗. สมุดบัญชีฝากธนาคารพร้อมสำเนาผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)
จำนวน ๑ ฉบับ

ค่าธรรมเนียม

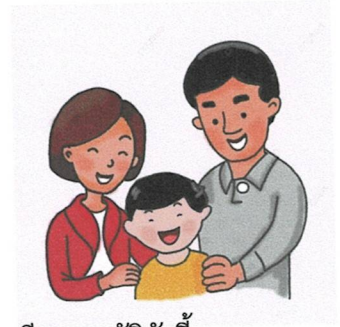
ไม่มีค่าธรรมเนียม

ช่องทางการติดต่อ

องค์การบริหารส่วนตำบลกุตแท้ กองสวัสดิการสังคม โทร.๐๔๒-๓๑๕๘๖๙ หรือ

ช่องทางเพจ facebook องค์การบริหารส่วนตำบลกุตแท้ หรือ เว็บไซต์ www.kudhae.go.th

เงินสงเคราะห์ผู้ป่วย



คุณสมบัติของผู้มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิลงทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีคุณสมบัติดังนี้

- (๑) เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
- (๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลกุดแห่
- (๓) มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร ยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ เป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วย

- (๑) เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
- (๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลกุดแห่
- (๓) มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร ยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ เป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอลงรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ผู้ป่วยเอดส์หรือผู้รับมอบอำนาจที่มายื่นคำร้อง ต้องเตรียมเอกสารหลักฐาน ดังนี้

- (๑) ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ที่ระบุว่าป่วยเป็นโรคเอดส์
- (๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
- (๓) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
- (๔) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร กรณีขอรับเงินผ่านธนาคาร จำนวน ๑ ฉบับ
- (๕) หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ฉบับ
- (๖) บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ชุด
- ๗ .สมุดบัญชีฝากธนาคารพร้อมสำเนาผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ฉบับ

การสิ้นสุดการรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

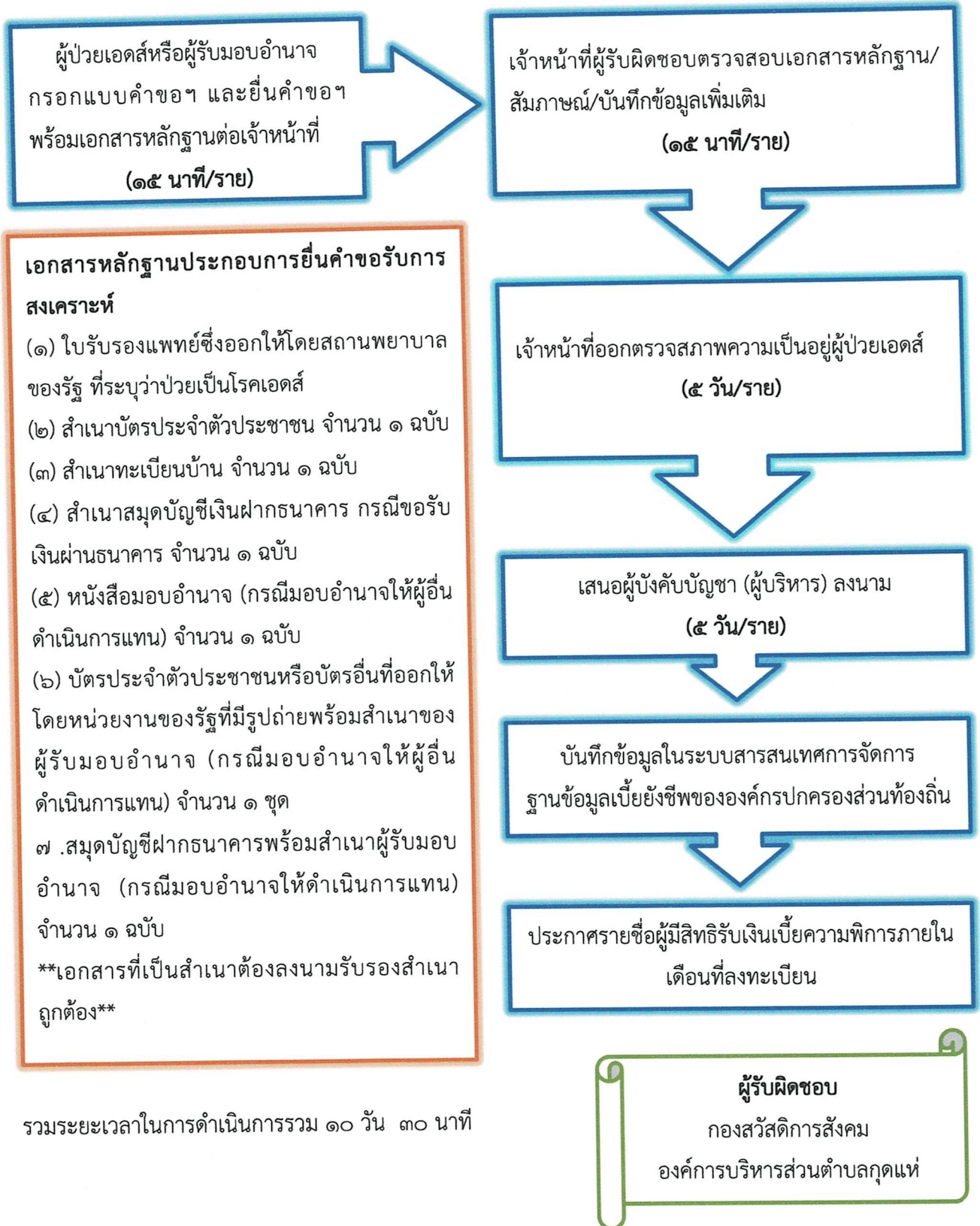
สิทธิของผู้ได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์จะสิ้นสุดลงในกรณีดังต่อไปนี้

- (๑) ถึงแก่กรรม
- (๒) ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตเทศบาลตำบลบัวสว่าง
- (๓) แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์เป็นหนังสือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยผู้ป่วยเอดส์
- (๔) ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ดังนี้
 ๑. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 ๒. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

เงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ๕๐๐/เดือน
จะจ่ายให้ผู้มีสิทธิภายในวันที่ ๑๐ ของเดือน นะคะ



แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติงาน
(การขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์)



รวมระยะเวลาในการดำเนินการรวม ๑๐ วัน ๓๐ นาที

ตารางแสดงขั้นตอนการปฏิบัติงาน
(การลงทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์)

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์หรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ	๑๕ นาที	กองสวัสดิการสังคม
๒	การพิจารณา	ออกใบนัดหมายตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติ	๑๕ นาที	กองสวัสดิการสังคม
๓	การพิจารณา	ตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติผู้ประสงค์รับการสงเคราะห์	๕ วัน	
๔	การพิจารณา	จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณา	๓ วัน	
๕	การพิจารณา	พิจารณาอนุมัติ	๒ วัน	

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม ๑๐ วัน ๓๐ นาที

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอลงทะเบียนขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๑. บัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สมุดบัญชีฝากธนาคารพร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
๔. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ฉบับ
๕. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)
๖. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)
๗. สมุดบัญชีฝากธนาคารพร้อมสำเนาผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ฉบับ

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

ช่องทางการติดต่อ

องค์การบริหารส่วนตำบลกุตแท้ กองสวัสดิการสังคม โทร.๐๔๒-๓๑๕๘๖๙ หรือ

ช่องทางเพจ facebook องค์การบริหารส่วนตำบลกุตแท้ หรือ เว็บไซต์ www.kudhae.go.th

เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด



มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๖๒ เห็นชอบโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด โดยให้จ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดให้กับเด็กแรกเกิดที่อยู่ในครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ต่อคน ต่อปี ในอัตรา ๖๐๐ บาท ต่อคน ต่อเดือน จนมีอายุครบ ๖ ปี โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- ๑) เด็กที่รับสิทธิในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑ (เด็กที่เกิดตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๘ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑) ยังคงรับสิทธิอย่างต่อเนื่องจนมีอายุครบ ๖ ปี โดยไม่ต้องลงทะเบียนใหม่
- ๒) เด็กที่เกิดตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๘ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑ ที่ไม่มีคุณสมบัติ ตามระเบียบกรมกิจการเด็กและเยาวชน ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด พ.ศ. ๒๕๖๑ แต่มีคุณสมบัติตามระเบียบกรมกิจการเด็กและเยาวชน ว่าด้วยการจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด พ.ศ. ๒๕๖๒ ต้องมาลงทะเบียน และมีสิทธิได้รับเงินตั้งแต่วันที่ลงทะเบียน จนมีอายุครบ ๖ ปี
- ๓) เด็กที่เกิดตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ได้รับสิทธิจนมีอายุครบ ๖ ปี

คุณสมบัติเด็กแรกเกิดที่มีสิทธิ

- ๑) มีสัญชาติไทย (พ่อแม่มีสัญชาติไทย หรือพ่อหรือแม่มีสัญชาติไทย)
- ๒) เกิดตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๘ เป็นต้นไป จนมีอายุครบ ๖ ปี
- ๓) อาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย
- ๔) ไม่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของหน่วยงานของรัฐ หรือเอกชน

คุณสมบัติผู้ปกครองที่มีสิทธิลงทะเบียน

- ๑) มีสัญชาติไทย
- ๒) เป็นบุคคลที่รับเด็กแรกเกิดไว้ในความอุปการะ
- ๓) เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วย
- ๔) อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย คือ สมาชิกครัวเรือนมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ต่อคน ต่อปี

หมายเหตุ : มารดาที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ยังไม่ต้องมายื่นคำร้องขอลงทะเบียน ขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

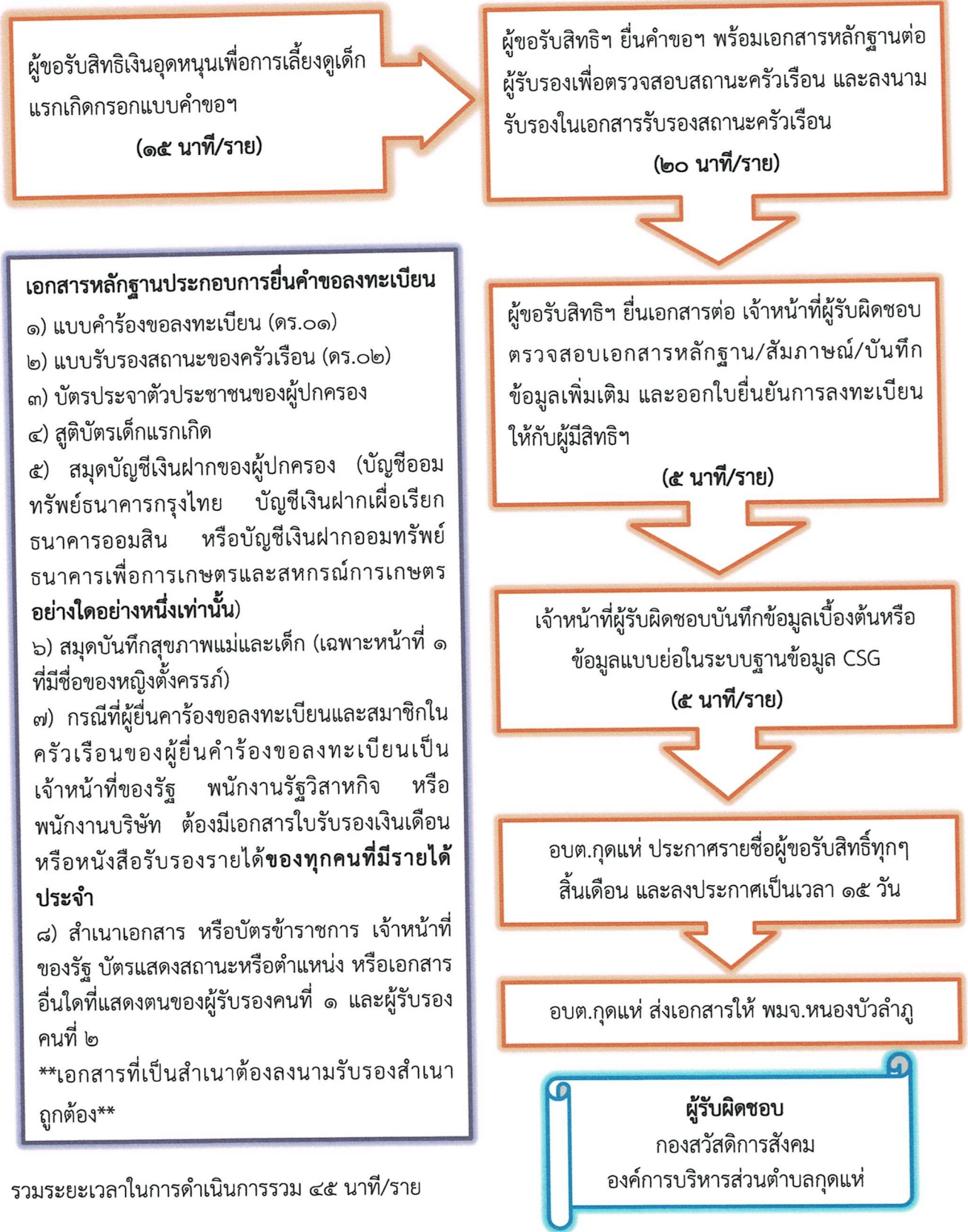
เอกสารประกอบการยื่นคำขอลงทะเบียนขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

- ๑) แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.๐๑)
- ๒) แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒)
- ๓) บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง
- ๔) สูติบัตรเด็กแรกเกิด
- ๕) สมุดบัญชีเงินฝากของผู้ปกครอง (บัญชีออมทรัพย์ธนาคารกรุงไทย บัญชีเงินฝากเพื่อเรียกธนาคารออมสิน หรือบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร **อย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น**)
 - ๖) สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (เฉพาะหน้าที่ ๑ ที่มีชื่อของหญิงตั้งครรภ์) ในกรณีที่สมุดสูญหายให้ใช้เฉพาะสาเหตุหน้าที่ ๑ พร้อมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูล และรับรองสำเนา
 - ๗) กรณีที่ผู้ยื่นคำร้องลงทะเบียนและสมาชิกในครัวเรือนของผู้ยื่นคำร้องลงทะเบียนเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท ต้องมีเอกสารใบรับรองเงินเดือน หรือหนังสือรับรองรายได้**ของทุกคนที่มีรายได้ประจำ** (สลิปเงินเดือน หรือเอกสารหลักฐานที่นายจ้างลงนาม)
 - ๘) สำเนาเอกสาร หรือบัตรข้าราชการ เจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่ง หรือเอกสารอื่นใดที่แสดงตนของผู้รับรองคนที่ ๑ และผู้รับรองคนที่ ๒

เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ๖๐๐/เดือน
จะจ่ายให้ผู้มีสิทธิภายในวันที่ ๑๐ ของเดือน นะคะ



**แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติงาน
(การรับลงทะเบียนขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด)**



เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอลงทะเบียน

- ๑) แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.๐๑)
- ๒) แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒)
- ๓) บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง
- ๔) สูติบัตรเด็กแรกเกิด
- ๕) สมุดบัญชีเงินฝากของผู้ปกครอง (บัญชีออมทรัพย์ธนาคารกรุงไทย บัญชีเงินฝากเพื่อเรียกธนาคารออมสิน หรือบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร **อย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น**)
- ๖) สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (เฉพาะหน้าที่ ๑ ที่มีชื่อของหญิงตั้งครรภ์)
- ๗) กรณีที่ผู้ยื่นคำร้องลงทะเบียนและสมาชิกในครัวเรือนของผู้ยื่นคำร้องลงทะเบียนเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท ต้องมีเอกสารใบรับรองเงินเดือนหรือหนังสือรับรองรายได้ของทุกคนที่มีรายได้ **ประจำ**
- ๘) สำเนาเอกสาร หรือบัตรข้าราชการ เจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่ง หรือเอกสารอื่นใดที่แสดงตนของผู้รับรองคนที่ ๑ และผู้รับรองคนที่ ๒

****เอกสารที่เป็นสำเนาต้องลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง****

รวมระยะเวลาในการดำเนินการรวม ๔๕ นาที/ราย

ตารางแสดงขั้นตอนการปฏิบัติงาน
(การรับลงทะเบียนขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด)

ที่	ประเภท ขั้นตอน	รายละเอียดขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลา ให้บริการ	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ
๑	การตรวจสอบ เอกสาร	ผู้ขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด กรอกแบบคำขอฯ และยื่นเอกสารต่อ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ	๑๕ นาที	กองสวัสดิการสังคม
๒	การพิจารณา	ขอรับสิทธิฯ ยื่นคำขอฯ พร้อมเอกสารหลักฐานต่อ ผู้รับรองสถานะครัวเรือนเพื่อตรวจสอบสถานะครัวเรือน และลงนามรับรองในเอกสารรับรองสถานะครัวเรือน	๒๐ นาที	ผู้รับรองสถานะ ครัวเรือน ๑. กำนัน/ ผู้ใหญ่บ้าน/ ผู้ช่วย ผู้ใหญ่บ้าน ๒. อสม./อพม. ประจำ หมู่บ้าน
๓	การตรวจสอบ เอกสาร	เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบตรวจสอบเอกสารหลักฐาน/สัมภาษณ์/บันทึกข้อมูลเพิ่มเติมและออกใบยืนยันการลงทะเบียนให้กับผู้มีสิทธิฯ	๕ นาที	กองสวัสดิการสังคม
๔	การพิจารณา	เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบบันทึกข้อมูลเบื้องต้นหรือข้อมูลแบบย่อในระบบฐานข้อมูล CSG	๕ นาที	กองสวัสดิการสังคม
๕	การประกาศ	อบต. กุดแห่ ประกาศรายชื่อผู้ขอรับสิทธิ์ทุกๆ สิ้นเดือน และลงประกาศเป็นเวลา ๑๕ วัน	๒ วัน	กองสวัสดิการสังคม

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม ๔๕ นาที/ราย

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอลงทะเบียนผู้ขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

- ๑) แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.๐๑)
- ๒) แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒)
- ๓) บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง
- ๔) สูติบัตรเด็กแรกเกิด
- ๕) สมุดบัญชีเงินฝากของผู้ปกครอง (บัญชีออมทรัพย์ธนาคารกรุงไทย บัญชีเงินฝากเพื่อเรียกธนาคารออมสิน หรือบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร **อย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น**)
- ๖) สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (เฉพาะหน้าที่ ๑ ที่มีชื่อของหญิงตั้งครรภ์) ในกรณีที่สมุดสูญหายให้ใช้เฉพาะสำเนาหน้าที่ ๑ พร้อมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูล และรับรองสำเนา

๗) กรณีที่ผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนและสมาชิกในครัวเรือนของผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท ต้องมีเอกสารใบรับรองเงินเดือน หรือหนังสือรับรองรายได้ของทุกคนที่มีรายได้ประจำ (สลิปเงินเดือน หรือเอกสารหลักฐานที่นายจ้างลงนาม)

๘) สำเนาเอกสาร หรือบัตรข้าราชการ เจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่ง หรือเอกสารอื่นใดที่แสดงตนของผู้รับรองคนที่ ๑ และผู้รับรองคนที่ ๒

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

ช่องทางการติดต่อ

องค์การบริหารส่วนตำบลกุดแห่ กองสวัสดิการสังคม โทร.๐๔๒-๓๑๕๘๖๙ หรือ

ช่องทางเพจ facebook องค์การบริหารส่วนตำบลกุดแห่ หรือ เว็บไซต์ www.kudhae.go.th



ระเบียบ/ข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง

พระราชบัญญัติต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการสังคม

๑. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๓
๒. พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖
๓. พระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ.๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๐
๔. พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว พ.ศ.๒๕๕๐
๕. พระราชบัญญัติคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง พ.ศ.๒๕๕๓
๖. พระราชบัญญัติหอพัก พ.ศ.๒๕๕๘
๗. ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง การสนับสนุนการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี
๘. ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง การคุ้มครอง การส่งเสริม และสนับสนุน การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบความเดือดร้อน

ภาคผนวก

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

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.....มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียน

บ้านเลขที่หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ ซอยถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัดรหัสไปรษณีย์โทรศัพท์.....

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

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง

รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคารบัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ บำเหน็จรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและข้าพเจ้ายินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ 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"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (นางสาวทับทิม ยอยบุผา) เจ้าหน้าที่ผู้ลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายก เทพมนตรี/อบต. กุดแห่..... คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มี ความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (นายศุภวิชญ์ ยพันธ์) กรรมการ (ลงชื่อ) (นายบุญจันทร์ โพธิ์ศาลาแสง) กรรมการ (ลงชื่อ) (นายคำพ คำแหงพล)</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ..... (ลงชื่อ) (นายวีระ สีมี่) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลกุดแห่ วัน/เดือน/ปี/...../๒๕.....</p>	

ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ๒๕.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วน และตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน ในอัตราแบบขั้นบันได ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน โดยจะมีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ในอัตราเดือน ละบาท ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ. เป็นต้นไป กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนา ไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียน ยื่นคำขอยื่นรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนกันยายนของปีนั้น และให้มาแสดงตนการ ดำรงชีวิตอยู่ เพื่อยืนยันสิทธิการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในเดือน กันยายน ปี๒๕๖๓ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อที่ นางสาวทับทิม ยอยบุผา ตำแหน่งเจ้าพนักงานพัฒนาชุมชน โทร ๐๙๓๓๓๗๑๔๗๖๔ และ นางสาวละอองดาว ผาง บ้านยาง กองสวัสดิการสังคม โทร ๐๖๓๓-๖๒๓๕๙๔๗

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

(ลงชื่อ)

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้ลงทะเบียน

หนังสือมอบอำนาจ
เพื่อการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และเบี้ยความพิการ

ที่.....

วันที่.....เดือน พ.ศ. ๒๕๖๔

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว)

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

เบอร์โทรศัพท์

ขอมอบอำนาจให้ (นาย,นาง,นางสาว)

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

เบอร์โทรศัพท์

เกี่ยวพันเป็นเพื่อดำเนินการ

() ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/พิการ/ผู้ป่วยความพิการ

() เป็นผู้ม้ออำนาจในการ รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ..... รับเงินเบี้ยความพิการ.....

แทนข้าพเจ้า โดยจ่ายให้ผู้รับมอบอำนาจโอนเข้าบัญชีเงินฝากของผู้รับมอบอำนาจ

ธนาคาร..... สาขา

ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไปจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง **ทั้งในขณะที่ข้าพเจ้ามีชีวิตและเสียชีวิตแล้ว**

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่า ข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

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.....เดือนพ.ศ. อายุ.....ปี สัญชาติ..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน เลขที่

หมู่ที่ ตรอก/ ซอย ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชนตำบล

อำเภอ ...นากลาง..... จังหวัดหนองบัวลำภู..... รหัสไปรษณีย์๓๙๑๗๐.....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)เข้ามาอยู่ใหม่เมื่อ

ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อื่นๆ (ระบุ)

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

มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคาร สาขา รหัสสาขา..... เลขที่บัญชี --

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

(.....)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</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"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก</p> <p>(ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลกุดแห่ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน</p> <p>(ลงชื่อ) กรรมการ (นายศุภวิชญ์ ยาทพันธ์)</p> <p>(ลงชื่อ) กรรมการ (นายบุญจันทร์ โพธิ์ศาลาแสง)</p> <p>(ลงชื่อ) ประธานกรรมการ (นายคำพา คำแหงพล)</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ) (นายวีระ สีมี่) นายกองค้การบริหารส่วนตำบลกุดแห่ วัน/เดือน/ปี </p>	

ตัดตามรอยประให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕..... โดยจะได้รับเงิน
เบี้ยความพิการ **ในเดือนถัดไป ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน** กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่ใหม่ จะต้องไป
ลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

หนังสือมอบอำนาจ
เพื่อการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และเบี้ยความพิการ

ที่.....
วันที่.....เดือน พ.ศ. ๒๕๖๔

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว)
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่
ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
เบอร์โทรศัพท์

ขอมอบอำนาจให้ (นาย,นาง,นางสาว)
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่
ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
เบอร์โทรศัพท์
เกี่ยวพันเป็น เพื่อดำเนินการ

() ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/พิการ/ผู้ป่วยความพิการ

() เป็นผู้มีอำนาจในการ รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ รับเงินเบี้ยความพิการ

แทนข้าพเจ้า โดยจ่ายให้ผู้รับมอบอำนาจโอนเข้าบัญชีเงินฝากของผู้รับมอบอำนาจ

ธนาคาร..... สาขา.....
ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไปจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง **ทั้งในขณะที่ข้าพเจ้ามีชีวิตและเสียชีวิตแล้ว**

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่า ข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

แบบคำขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรียน

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ นามสกุล.....

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

หมู่ที่/ชุมชน..... ตรอก/ ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เป็นเอดส์ที่ยื่นคำขอ -

ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

๑. ที่พักอาศัย

() เป็นของตนเองและมีลักษณะ () ขำรุดทรุดโทรม () ขำรุดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวร

() เป็นของ เกี่ยวข้องเป็น

๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุด เป็นระยะทาง สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

๓. การพักอาศัย

() อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก มาประมาณ

() พักอาศัย รวม คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน คน

มีรายได้รวม บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก

๔. รายได้ - รายจ่าย

มีรายได้รวม บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ สถานที่ติดต่อเลขที่

ถนน..... ตรอก/ ซอย..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ.....

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

..... ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

เรียน

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....

เป็นผู้มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่..... นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

รับเงินสดด้วยตนเอง

รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจ

จากผู้มีสิทธิ

บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

บัญชีเลขที่..... ชื่อบัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

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

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน

ข้าพเจ้า ขอมอบอำนาจให้

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน อยู่บ้านเลขที่ ถนน

ตรอก/ซอย หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ เบอร์โทรศัพท์ โทรสาร

เกี่ยวพันเป็น เป็นผู้มียอำนาจกระทำแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้

และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทุกประการ

() แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

() แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

โดยให้จ่ายให้แก่

() เป็นเงินสด

() โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร สาขา

() แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)



แบบคำร้องขอลงทะเบียน

เพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ปีงบประมาณ

หน่วยงานรับลงทะเบียน.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้อมูลผู้ลงทะเบียน เป็นผู้ลงทะเบียนตามโครงการเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
- 1.1 บิดา มารดา ผู้ปกครอง ความสัมพันธ์กับเด็กแรกเกิด ระบุ.....
- 1.2 เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว.....
- 1.3 เลขประจำตัวประชาชน - - - -
- 1.4 เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี
- 1.5 สัญชาติ.....
- 1.6 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....อาคาร/ตึก.....ชั้น.....เลขที่ห้อง.....หมู่บ้าน.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์บ้าน - - โทรศัพท์มือถือ - -
- 1.7 ที่อยู่ปัจจุบัน ใช้ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....อาคาร/ตึก.....ชั้น.....เลขที่ห้อง.....หมู่บ้าน.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์บ้าน - - โทรศัพท์มือถือ - -
- 1.8 อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ประกอบอาชีพ ระบุ.....
- 1.9 การศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา กำลังศึกษา.....
 จบการศึกษา (สูงสุด).....

2. ข้อมูลเด็ก (ตามสูติบัตร)

- 2.1 ชื่อ - นามสกุล เด็กชาย เด็กหญิง.....
- 2.2 เลขประจำตัวประชาชน - - - -
- 2.3 เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อมูลมารดา

- 2.4 เด็กหญิง นาง นางสาว.....
- 2.5 เลขประจำตัวประชาชน - - - -
- 2.6 อายุ.....ปี 2.7 สัญชาติ.....
- 2.8 อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ประกอบอาชีพ ระบุ.....
- 2.9 การศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา กำลังศึกษา..... จบการศึกษา (สูงสุด).....

ข้อมูลบิดา

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

3. ช่องทางการรับเงินอุดหนุน (เลือกเพียง 1 ธนาคาร)

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

4. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ได้ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ยินยอมให้นำข้อมูลในบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อตรวจสอบสถานะบุคคลในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร ข้อมูลทางการเงินและทรัพย์สิน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินในส่วนที่รับไปโดยไม่มีสิทธิ หรือยินยอมให้หักจากสวัสดิการอื่น หรือหักจากบัญชีเงินฝากธนาคารของข้าพเจ้าได้ ในการนี้ข้าพเจ้ายินดีรับข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็กผ่านช่องทางต่าง ๆ

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

วันที่ลงทะเบียน..... ตำแหน่ง.....
วันที่ลงทะเบียน.....

ตัดตามรอยปรุ.....

หมายเหตุ : สำหรับเก็บไว้เป็นหลักฐานเพื่อยืนยันการลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

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

1.1 ชื่อ-นามสกุล ผู้ลงทะเบียน.....

1.2 เลขประจำตัวประชาชน - - - -

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

1.4 เลขประจำตัวประชาชน - - - -

2. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

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

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



แบบรับรองสถานะของครัวเรือน
ตารางแสดงจำนวนสมาชิกและรายได้ของครัวเรือน

ส่วนที่ 1 : ผู้ลงทะเบียน

ข้อมูลสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่จริงของผู้ลงทะเบียน

(กรณีต่างตัวที่มีบัตรประจำตัวซึ่งไม่มีสัญชาติไทย) สามารถกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มได้

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

จำนวนสมาชิกของครัวเรือนทั้งหมด.....คน (นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย)

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

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

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน

(.....)

วันที่ลงทะเบียน.....

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

ส่วนที่ 2 : ผู้รับรอง

<p>ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 1 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)</p> <p>ข้าพเจ้า <input type="radio"/> นาย <input type="radio"/> นาง <input type="radio"/> นางสาว นามสกุล..... ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน</p> <p>โทรศัพท์.....</p> <p><input type="radio"/> รับรอง ผู้ลงทะเบียนอาศัยอยู่ในพื้นที่ของข้าพเจ้า เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่มีรายได้อาจไม่ถึง 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น</p> <p><input type="radio"/> ไม่รับรอง เนื่องจาก.....</p> <p>(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 1 (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....</p> <p>หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 1 : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมืองพัทยา อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร คณะกรรมการชุมชนของกรุงเทพมหานคร ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนั้น กรณีกรุงเทพมหานคร หากไม่มีผู้รับรองคนที่ 1 ให้ข้าราชการที่ดำรงตำแหน่งในระดับปฏิบัติการขึ้นไปหรือเทียบเท่าที่ปฏิบัติหน้าที่ในกรุงเทพมหานครเป็นผู้รับรองได้</p>
<p>ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 2 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)</p> <p>ข้าพเจ้า <input type="radio"/> นาย <input type="radio"/> นาง <input type="radio"/> นางสาว นามสกุล..... ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน</p> <p>โทรศัพท์.....</p> <p><input type="radio"/> รับรอง ผู้ลงทะเบียนอาศัยอยู่ในพื้นที่ข้าพเจ้า เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่มีรายได้อาจไม่ถึง 100,000 บาท ต่อ ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น</p> <p><input type="radio"/> ไม่รับรอง เนื่องจาก.....</p> <p>(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 2 (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....</p> <p>หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 2 : ประธานอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำตำบล ประธานชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการสถานบริการสาธารณสุขในระดับตำบล ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่นที่ดำรงตำแหน่งในระดับปฏิบัติการขึ้นไป หรือเทียบเท่า ที่ปฏิบัติหน้าที่ในท้องที่หรือท้องถิ่นแห่งนั้น (ต้องมีชื่อข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน)</p>
<p>ส่วนที่ 3 : การปิดประกาศ (สำหรับหน่วยงานรับลงทะเบียน)</p> <p>เด็กหญิง/เด็กชาย/นาย/นางสาว..... เป็นผู้ปกครองที่มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ที่ได้ปิดประกาศ 15 วันแล้ว ตามประกาศ (ชื่อ อปท.)..... ลงวันที่..... ลำดับที่.....</p> <p>(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน (.....) วันที่</p>



แบบคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิผู้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

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

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ยื่นคำร้อง

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

ข้าพเจ้า เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว

เลขประจำตัวประชาชน - - - -

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 คร.01 และ แบบ คร.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 : ให้แนบ แบบคำร้องของลงทะเบียน (แบบ คร.01) และแบบรับรองสถานะของครัวเรือน (แบบ คร.02) ของผู้ยื่นขอเปลี่ยนแปลงสิทธิ



แบบคำร้องขอคัดค้าน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอคัดค้านรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบล/นายกเทศมนตรีเทศบาล/นายกเมืองพัทยา/ผู้อำนวยการเขต.....

ข้าพเจ้า..... เลขประจำตัวประชาชน.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.อายุ ปี สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
ประกอบอาชีพ.....หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....ขอยื่นคำร้องขอคัดค้าน
โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ข้าพเจ้าในฐานะเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ขอคัดค้าน เด็กชาย/เด็กหญิง/นาย/นาง/นางสาว.....
.....ซึ่งเป็นผู้ปกครองที่มีสิทธิได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
ของ ด.ช./ด.ญ.
ตามประกาศ.....(ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น).....ฉบับลงวันที่.....ลำดับที่.....
เนื่องจาก.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

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