



คู่มือการปฏิบัติงานพัฒนาชุมชน

เทศบาลตำบลเมืองศรีไค

อำเภอวาริชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี



คำนำ

งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด เทศบาลตำบลเมืองศรีไค มีภารกิจหลักในการให้บริการสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยยังชีพคนพิการ เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับภาคประชาชน ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวกรวดเร็ว ถูกต้อง และอำนวยความสะดวกในการขอรับบริการในเรื่องต่างๆ เทศบาลตำบลเมืองศรีไค จึงได้จัดทำ **“คู่มือการปฏิบัติงานพัฒนาชุมชน”** ขึ้น ตามกรอบการปฏิบัติราชการของเทศบาลตำบลเมืองศรีไค

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์ และภาคประชาชน มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการ ต่อไป

งานพัฒนาชุมชน
เทศบาลตำบลเมืองศรีไค

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทนำ	๑
การปฏิบัติงานด้านการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๒
การปฏิบัติงานด้านการจ่ายเงินเบี้ยความพิการ	๕
การปฏิบัติงานด้านการจ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	๗
การปฏิบัติงานด้านการลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด	๙
การปฏิบัติงานด้านการขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม	๑๒
การปฏิบัติงานด้านการขอรับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี	๑๕
ภาคผนวก	

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญในการจัดทำคู่มือ

คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual) เป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่งในการทำงาน ทั้งระดับหัวหน้างาน และผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นการจัดทำรายละเอียดของการทำงานในหน่วยงานนั้น ๆ อย่างเป็นระบบและครบถ้วน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลายประการเช่นการสอนงาน การตรวจงาน ตรวจสอบการทำงาน การควบคุมงาน การติดตามงานและการประเมินผลการปฏิบัติงาน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานขององค์กร เปรียบเสมือนแผนที่บอกเส้นทางการทำงานที่มีจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดมีคำอธิบายตามที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานไว้ใช้อ้างอิงมิให้เกิดความผิดพลาดในการทำงาน

การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานถือเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานตามแนวทางของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบข้าราชการ (ก.พ.ร.) ที่มุ่งไปสู่การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อให้การทำงานของส่วนราชการได้มาตรฐานเป็นไปตามเป้าหมาย ได้ผลิตผลหรือการบริการที่มีคุณภาพ เสร็จรวดเร็วทันตามกำหนดเวลานัดหมาย มีการทำงานปลอดภัย และไม่สร้างมลพิษแก่ชุมชน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่ออธิบายขั้นตอนรายละเอียดของกระบวนการงานในความรับผิดชอบของงานพัฒนาชุมชนให้ผู้ปฏิบัติงานทราบและเข้าใจว่าควรปฏิบัติงานอย่างไร เมื่อใด กับใคร และควรทำอะไรก่อนและหลัง โดยมีเอกสารอ้างอิงในการปฏิบัติงาน

๒. เพื่อให้การปฏิบัติงานของงานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด เทศบาลตำบลเมืองศรีไค มีแนวทางการปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกันและเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ได้ผลิตผลหรือการบริการที่คุณภาพ เสร็จรวดเร็ว ทันตามกำหนดเวลานัดหมาย

๓. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานด้านพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคมหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานดังกล่าวรวมทั้งผู้ที่สนใจใฝ่รู้ได้ทราบแนวทางการปฏิบัติงานของสวัสดิการชุมชนและสังคมสงเคราะห์ และสามารถนำไปใช้เป็นสื่อในการติดต่อประสานงาน

๔. เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับผู้บริหารใช้ในการทบทวนและตรวจติดตามงานได้ทุกขั้นตอน

ขอบเขต

คู่มือการปฏิบัติงานฯ ฉบับนี้ครอบคลุมขั้นตอนการปฏิบัติงานของงานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด เทศบาลตำบลเมืองศรีไค เฉพาะกระบวนการให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายต่างๆ ตามระเบียบฯ กฎหมายที่กำหนด ได้กำหนดขอบเขตของกระบวนการในการพิจารณาผู้ขอรับความช่วยเหลือจากผู้ที่อาศัยในเขตพื้นที่และมีทะเบียนบ้านอยู่ในเขตเทศบาลตำบลเมืองศรีไค

การปฏิบัติงานด้านการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ดำเนินการตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ และหนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๑๐.๖/ว ๘๐๒๙ เรื่อง การชักซ้อมแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ ลงวันที่ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๖ โดยมีหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

๑. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพ มีดังต่อไปนี้

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- (๓) มีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้ยืนยันขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- (๔) เป็นผู้ไม่มีรายได้หรือมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุกำหนด*

* โดยในระหว่างที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุยังมิได้มีการกำหนดคุณสมบัติของผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามข้อ (๔) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใช้คุณสมบัติผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติมไปพลางก่อน

๒. ขั้นตอนการยืนยันสิทธิ

ผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุรายใหม่ที่ยังไม่เคยลงทะเบียนมาก่อน ซึ่งเป็นผู้ที่มีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์แล้ว และผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ หรือผู้สูงอายุที่ย้ายมาจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นหรือกรุงเทพมหานคร ที่ยังไม่ได้ยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ให้มายืนยันสิทธิ ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ ทั้งนี้สามารถยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ตั้งแต่เดือนมกราคม - เดือนธันวาคมของทุกปี

๓. หลักฐานประกอบการยืนยันสิทธิ มีดังนี้

- (๑) บัตรประจำตัวประชาชน
- (๒) ทะเบียนบ้าน
- (๓) สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์)

ในกรณีผู้สูงอายุไม่สามารถมาแจ้งความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุด้วยตนเองได้ ต้องมีหนังสือมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้บุคคลอื่นเป็นผู้แจ้งความประสงค์แทนผู้สูงอายุ

โดยเทศบาลตำบลเมืองศรีไค จะอำนวยความสะดวกในการทำสำเนาเอกสารให้แก่ผู้ขอรับบริการ

๔. หลักเกณฑ์และขั้นตอนการพิจารณาคุณสมบัติ

(๑) เมื่อได้รับการยืนยันสิทธิ และได้ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารประกอบการยืนยันสิทธิแล้ว เจ้าหน้าที่ผู้รับยืนยันสิทธิต้องตรวจคุณสมบัติเบื้องต้น เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติพิจารณา และเสนอผู้บริหารท้องถิ่นเพื่อพิจารณาอนุมัติต่อไป

(๒) เมื่อเสร็จสิ้นในการจัดให้ยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในแต่ละเดือน ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำประกาศบัญญัติรายชื่อผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ให้ปิดประกาศโดยเปิดเผย ให้สาธารณชนทราบ และดำเนินการบันทึกข้อมูลผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุรายใหม่ที่ยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประจำทุกเดือนในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ครบถ้วนทุกรายการ

๕.วิธีการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เพื่อความสะดวกในการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุให้แก่ผู้มีสิทธิของเทศบาลตำบลเมืองศรีโค จะดำเนินการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุด้วยการโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ หรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ โดยกรมบัญชีกลางจะเป็นผู้ดำเนินการโอนเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุให้แก่ผู้มีสิทธิเป็นรายเดือน ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน เว้นแต่กรณีจำเป็น

ในการจ่ายเงินให้แก่ผู้รับมอบอำนาจต้องตรวจสอบจนแน่ใจว่าเป็นบุคคลเดียวกันกับผู้ที่ได้รับมอบอำนาจและต้องได้รับการยืนยันว่าผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุยังมีชีวิตอยู่ ณ วันที่ ๑ ของทุกเดือน โดยในกรณีเช่นนี้ให้จ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเต็มเดือน

อัตราการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแบบขั้นบันได ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๔ ดังนี้

อายุ ๖๐-๖๙ ปี	จ่ายเดือนละ ๖๐๐ บาท
อายุ ๗๐-๗๙ ปี	จ่ายเดือนละ ๗๐๐ บาท
อายุ ๘๐-๘๙ ปี	จ่ายเดือนละ ๘๐๐ บาท
อายุ ๙๐ ปี ขึ้นไป	จ่ายเดือนละ ๑,๐๐๐ บาท

ทั้งนี้ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นปรับอัตราจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแบบขั้นบันไดตามมติคณะรัฐมนตรี ณ เดือนที่ผู้สูงอายุมีอายุครบช่วงอายุในเดือนถัดไป หากผู้สูงอายุไม่มีวันและเดือนเกิดให้พิจารณาชว้น และเดือนเกิด ตามมาตรา ๑๖ แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตรวจสอบช่วงอายุและจำนวนเงินในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นประจำทุกเดือน

๖.สิทธิการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุสิ้นสุดลง ในกรณีดังต่อไปนี้

(๑) ตาย

(๒) ขาดคุณสมบัติ ตามข้อ ๖ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖

(๓) แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นหนังสือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่

กรณีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุดังกล่าวสิ้นสุดลง ให้ผู้บริหารท้องถิ่นหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายตรวจสอบข้อเท็จจริงก่อนสั่งระงับการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุสำหรับบุคคลดังกล่าว

กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขาดคุณสมบัติการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นปิดประกาศไว้โดยเปิดเผย ณ สำนักงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด หรือเผยแพร่ทางเว็บไซต์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๑๕ วัน

หากไม่มีผู้คัดค้าน ให้ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเสนอรายชื่อผู้ที่ไม่มิลิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อผู้บริหารส่วนท้องถิ่นเพื่อส่งดอนรายชื่อ พร้อมทั้งแจ้งให้ผู้ที่ไม่มิลิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุทราบและให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำหน่ายขาดคุณสมบัติในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทันทีให้ครบถ้วนทุกรายการ

๗.การย้ายภูมิลำเนา

(๑) กรณีผู้สูงอายุที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากองค์กรปกครองส่วนหนึ่ง ได้ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ให้ผู้สูงอายุนั้นยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนมีภูมิลำเนา โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิม แจ้งไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ของผู้สูงอายุ เพื่อแจ้งให้ผู้สูงอายุนั้นยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่

โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งเดิมมีหน้าที่จ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุไปจนถึงสิ้นปีงบประมาณที่แจ้งย้ายภูมิลำเนา เว้นแต่ผู้สูงอายุนั้นได้ยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่จ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในเดือนถัดไป โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ต้องได้รับการยืนยันการจำหน่ายย้ายที่อยู่ในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งเดิมทันที และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ทำการบันทึกในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทันทีและให้ครบถ้วนทุกรายการ

(๒) กรณีที่ผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนา และมีได้มาดำเนินการยืนยันสิทธิต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในปีงบประมาณที่แจ้งย้ายภูมิลำเนา ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุไปจนถึงสิ้นปีงบประมาณที่ผู้สูงอายุย้ายออก หากได้ดำเนินการยืนยันสิทธิแห่งใหม่แล้ว ให้ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอีกครั้งในเดือนถัดไป และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ทำการบันทึกในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทันทีและให้ครบถ้วนทุกรายการ

๘.ระยะเวลาในการให้บริการในขั้นตอนการยืนยันสิทธิ

ประมาณ ๕ นาที/ราย



การปฏิบัติงานด้านการจ่ายเงินเบี้ยความพิการ

การจ่ายเงินเบี้ยความพิการ ดำเนินการตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒ และตามหนังสือสั่งการกระทรวงมหาดไทย โดยมีหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

๑.คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ คนพิการซึ่งจะมีสิทธิที่จะได้รับเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติ และไม่มีลักษณะต้องห้ามตามระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการเบี้ยความพิการกำหนด ซึ่งมีดังนี้

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีบัตรประจำตัวคนพิการ
- (๓) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
- (๔) ไม่เป็นบุคคลอยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐตามบัญชีรายชื่อที่ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์กำหนด

* ระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการเบี้ยความพิการ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๓

๒.ขั้นตอนการยื่นคำขอ

ให้คนพิการที่ได้จดทะเบียนคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด และมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป

๓.หลักฐานประกอบการยื่นคำขอ มีดังนี้

- (๑) บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- (๒) ทะเบียนบ้าน
- (๓) สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์)

ในกรณีผู้พิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบธรรม คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือคนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว

สำหรับผู้พิการกรณีอื่นนอกจากบุคคลดังกล่าว ซึ่งไม่อาจยื่นคำขอได้ด้วยตัวเองให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทนโดยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับรองสถานะของคนพิการ แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย

โดยเทศบาลตำบลเมืองศรีไค จะอำนวยความสะดวกในการทำสำเนาเอกสารให้แก่ผู้ขอรับบริการ

๔.หลักเกณฑ์และขั้นตอนการพิจารณาคุณสมบัติ

(๑) เมื่อได้รับคำร้องขอลงทะเบียน และได้ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารประกอบการยื่นคำร้องแล้ว เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียนต้องตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้น เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติพิจารณา และเสนอผู้บริหารท้องถิ่นเพื่อพิจารณานุมัติต่อไป

(๒) เมื่อเสร็จสิ้นในการจัดให้ลงทะเบียนในแต่ละเดือน ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำประกาศ บัญชีรายชื่อคนพิการที่มาลงทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพคนพิการ โดยในประกาศดังกล่าวให้จำแนกรายชื่อคน พิการตามเดือนที่จดทะเบียนคนพิการ และให้ปิดประกาศโดยเปิดเผยให้สาธารณชนทราบ พร้อมทั้งดำเนินการ บันทึกรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการรายใหม่ที่มาลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการประจำทุกเดือนใน ระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ครบถ้วนทุกรายการ

๕.วิธีการจ่ายเงินเบี้ยความพิการ

เพื่อความสะดวกในการจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้แก่ผู้มีสิทธิของเทศบาลตำบลเมืองศรีโค จะ ดำเนินการจ่ายเงินเบี้ยความพิการด้วยการโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ หรือโอนเงินเข้าบัญชี เงินฝากธนาคารในนามผู้ดูแลคนพิการ โดยกรมบัญชีกลางจะเป็นผู้ดำเนินการโอนเงินเบี้ยความพิการให้แก่ผู้มี สิทธิเป็นรายเดือน ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน หากล่าช้าเกินกว่ากำหนดดังกล่าว ต้องเป็นกรณีจำเป็นอันมิ อาจก้าวล่วงได้

ในการจ่ายเงินให้แก่ผู้ดูแลคนพิการ ต้องตรวจสอบจนแน่ใจว่าเป็นบุคคลเดียวกับผู้ดูแลคนพิการ และ ต้องได้รับการยืนยันว่าผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการยังมีชีวิตอยู่ ณ วันที่ ๑ ของทุกเดือน

อัตราการจัดจ่ายเงินเบี้ยความพิการ ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๒๘ มกราคม ๒๕๖๓ ดังนี้

อายุต่ำกว่า ๑๘ ปี	จ่ายเดือนละ ๑,๐๐๐ บาท
อายุ ๑๘ ปี ขึ้นไป	จ่ายเดือนละ ๘๐๐ บาท

๖.สิทธิการรับเงินเบี้ยความพิการสิ้นสุดลง ในกรณีดังต่อไปนี้

(๑) ตาย

(๒) ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความ พิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่๔) พ.ศ. ๒๕๖๒

(๓) แจ้งสละสิทธิการขอรับเบี้ยความพิการเป็นหนังสือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีสิทธิได้รับ เงินเบี้ยความพิการ

ในกรณีสิทธิดังกล่าวสิ้นสุดลง ให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสั่งระงับการจ่ายเงินเบี้ยความ พิการสำหรับบุคคลดังกล่าวทันที เว้นแต่กรณีย้ายภูมิลำเนา

๗.การย้ายภูมิลำเนา

ในกรณีคนพิการซึ่งได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนึ่ง และย้ายภูมิลำเนาไป อยู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น หรือกรุงเทพมหานคร ให้คนพิการนั้นลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ย ความพิการด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนมีภูมิลำเนา และให้ได้รับเงินเบี้ยความพิการ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ในเดือนถัดไป ทั้งนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ต้องได้รับการ ยืนยันจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมที่จ่ายเงินเบี้ยความพิการเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน

๘.ระยะเวลาในการให้บริการในขั้นตอนยื่นคำขอ

ประมาณ ๕ นาที/ราย



การปฏิบัติงานด้านการจ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

การจ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ดำเนินการตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ โดยมีหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

๑. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งมีดังต่อไปนี้

- (๑) ผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
- (๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- (๓) มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

๒. ขั้นตอนการยื่นคำขอลงทะเบียน

ผู้ป่วยเอดส์ที่มีความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่

๓. หลักฐานประกอบการยื่นคำขอลงทะเบียน มีดังนี้

- (๑) ใบรับรองแพทย์ ที่ระบุว่า “เป็นผู้ป่วยโรคเอดส์”
- (๒) บัตรประจำตัวประชาชน
- (๓) ทะเบียนบ้าน
- (๔) สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์)



ในกรณีผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะต้อง มีหนังสือหนังสือมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อุปการะเป็นผู้แจ้งความประสงค์แทน

* ผู้อุปการะ หมายถึง บรรดาผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ เช่น บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา ญาติ พี่น้อง หรือบุคคลอื่นที่ได้รับการช่วยเหลือ แต่ทั้งนี้มิให้หมายรวมถึงสถานสงเคราะห์หรือองค์กรที่ดำเนินการในลักษณะเดียวกันกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

โดยเทศบาลตำบลเมืองศรีไค จะอำนวยความสะดวกในการทำสำเนาเอกสารให้แก่ผู้ขอรับบริการ

๔. หลักเกณฑ์และขั้นตอนการพิจารณาคุณสมบัติ

(๑) เมื่อได้รับคำร้องขอรับการสงเคราะห์ และได้ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารประกอบการยื่นคำร้องแล้ว เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบต้องออกไปตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ของผู้ขอรับการสงเคราะห์ว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ พร้อมทั้งจัดลำดับและทำบัญชีรายชื่อผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ เสนอผู้บริหารท้องถิ่นเพื่อพิจารณาอนุมัติต่อไป

(๒) ผู้มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์ตามระเบียบนี้ให้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพนับตั้งแต่วันที่ได้รับอนุมัติรายชื่อจากผู้บริหารท้องถิ่น

(๓) บันทึกข้อมูลผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ครบถ้วนทุกรายการ

๕.วิธีการจ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

เพื่อความสะดวกในการจ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ให้แก่ผู้มีสิทธิของเทศบาลตำบลเมืองศรีไค จะดำเนินการจ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ด้วยการโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ หรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้รับมอบอำนาจ โดยเทศบาลตำบลเมืองศรีไคจะเป็นผู้ดำเนินการโอนเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ให้แก่ผู้มีสิทธิเป็นรายเดือน ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน ในอัตราเดือนละ ๕๐๐ บาท

๖.สิทธิการรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์สิ้นสุดลง ในกรณีดังต่อไปนี้

- (๑) ถึงแก่กรรม
- (๒) มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ และสามารถเลี้ยงตนเองได้
- (๓) ย้ายภูมิลำเนาออกจากพื้นที่เทศบาลตำบลเมืองศรีไค

ในกรณีสิทธิสิ้นสุดลง ตามข้อ (๑) ให้พนักงานท้องถิ่นรายงานให้ผู้บริหารท้องถิ่นทราบภายในสามวัน นับแต่วันที่เสียชีวิต และสั่งระงับการจ่ายเงินสงเคราะห์สำหรับผู้ถึงแก่กรรมนั้นในงวดเบิกจ่ายถัดไป

ในกรณีสิทธิดังกล่าวสิ้นสุดลงตามข้อ (๒) ให้พนักงานท้องถิ่นตรวจสอบข้อเท็จจริงก่อนเสนอผู้บริหารท้องถิ่นสั่งถอดถอนรายชื่อและระงับการจ่ายเงินสงเคราะห์ในงวดเบิกจ่ายถัดไป

๗.การแสดงตน

ภายในเดือนตุลาคมของทุกปี ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการแจ้งผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ มาแสดงตนต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป ทั้งนี้ หากผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ไม่สามารถมาแสดงตนได้จะมอบอำนาจตามแบบที่กระทรวงมหาดไทย กำหนดให้บุคคลอื่นมาแจ้งแทนก็ได้

๘.ระยะเวลาในการให้บริการ

ขั้นตอนยื่นคำขอ ประมาณ ๕ นาที/ราย

ขั้นตอนการพิจารณาคุณสมบัติ (ออกตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่) ประมาณ ๑-๒ ชั่วโมง



การปฏิบัติงานด้านการลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

การลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อกาเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ดำเนินการตามระเบียบกรมกิจการเด็กและเยาวชน ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยมีหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

๑. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ซึ่งมีดังต่อไปนี้

คุณสมบัติเด็กแรกเกิด

- (๑) มีสัญชาติไทย (พ่อแม่มีสัญชาติไทย หรือพ่อ หรือแม่มีสัญชาติไทย)
- (๒) เด็กที่มีอายุไม่เกิน ๖ ปี
- (๓) อาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย
- (๔) ไม่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของหน่วยงานรัฐ หรือเอกชน

คุณสมบัติผู้ปกครองที่มีสิทธิลงทะเบียน

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) เป็นบิดา มารดา หรือบุคคลอื่นที่เป็นผู้เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
- (๓) เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วย

(๔) อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย หรือครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้ไม่เกิน ๑๐๐,๐๐ บาท ต่อคนต่อปี โดยสมาชิกต้องมีความสัมพันธ์ทางเครือญาติหรือการสมรส หรืออยู่กินกันฉันสามีภรรยาหรือด้วยเหตุผลอื่นตามกฎหมาย และสมาชิกต้องอาศัยอยู่จริงในครัวเรือนติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า ๑๘๐ วันในรอบปีที่ผ่านมา แต่ไม่นับรวมลูกจ้างครัวเรือน

ในกรณีผู้ปกครองไม่มีสัญชาติไทย แต่เด็กมีสัญชาติไทย

- (๑) เป็นบุคคลที่เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
- (๒) เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วย
- (๓) อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย หรือครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้ไม่เกิน ๑๐๐,๐๐ บาท ต่อคนต่อปี โดยสมาชิกต้องมีความสัมพันธ์ทางเครือญาติหรือการสมรส หรืออยู่กินกันฉันสามีภรรยาหรือด้วยเหตุผลอื่นตามกฎหมาย และสมาชิกต้องอาศัยอยู่จริงในครัวเรือนติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า ๑๘๐ วันในรอบปีที่ผ่านมา แต่ไม่นับรวมลูกจ้างครัวเรือน

- (๔) ผู้ปกครองและเด็กอาศัยอยู่ในราชอาณาจักรไทย

ทั้งนี้มารดาที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ยังไม่จ้องมายื่นคำร้องขอลงทะเบียน ขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

๒. ขั้นตอนการยื่นคำขอรับสิทธิ

ผู้ปกครองของเด็กแรกเกิดที่มีสิทธิขอรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด สามารถยื่นคำขอรับสิทธิได้ที่สำนักงานเทศบาลตำบลเมืองศรีไค



๓. หลักฐานประกอบการยื่นคำขอลงทะเบียน มีดังนี้

(๑) สูติบัตรเด็กแรกเกิด

(๒) บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง

(๓) ใบรับรองเงินเดือน หรือหนังสือรับรองเงินเดือน (สลิปเงินเดือน หรือเอกสารหลักฐานที่นายจ้างลงนาม)

* กรณีที่ผู้ยื่นคำร้องลงทะเบียนและสมาชิกในครัวเรือนของผู้ยื่นคำร้องลงทะเบียนเป็นเจ้าของหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท

(๔) เอกสาร หรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรองคนที่ ๑ และผู้รับรองคนที่ ๒

* ผู้ยื่นคำขอลงทะเบียนจะต้องทำการผูกพร้อมเพย์ (PromptPay) บัญชีธนาคารกับเลขประจำตัวประชาชนเท่านั้น

โดยเทศบาลตำบลเมืองศรีไค จะอำนวยความสะดวกในการทำสำเนาเอกสารให้แก่ผู้ขอรับบริการ

๔. หลักเกณฑ์และขั้นตอนการพิจารณาคุณสมบัติ

(๑) เมื่อได้รับคำร้องลงทะเบียน และได้ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารประกอบการยื่นคำร้องแล้ว เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียนต้องตรวจคุณสมบัติเบื้องต้น นำเข้าข้อมูลโดยการสแกนเอกสารประกอบการลงทะเบียน และแนบไฟล์เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ในระบบฐานข้อมูลโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

(๒) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจัดทำประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ทุกวันที่ ๑ และวันที่ ๑๖ ของทุกเดือน และปิดประกาศไว้ ณ ที่ทำการเทศบาลตำบลเมืองศรีไค หรือผ่านเว็บไซต์ของเทศบาลตำบลเมืองศรีไค เมื่อประกาศครบ ๑๕ วัน ส่งเอกสารประกอบการยื่นคำร้องลงทะเบียนให้แก่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานี

(๓) เจ้าหน้าที่พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม หากข้อมูลถูกต้องจะถูกประมวลผลไปเบิกจ่าย

๕. วิธีการจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

กรมบัญชีกลางจะเป็นผู้โอนเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดให้แก่ผู้มีสิทธิ เป็นรายเดือน ในอัตรา ๖๐๐ บาท/ราย ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน

๖. การเปลี่ยนแปลงสิทธิการรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

ผู้ยื่นคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิ ต้องแจ้งต่อหน่วยรับลงทะเบียน โดยแนบเอกสารหลักฐานประกอบดังต่อไปนี้

(๑) แบบคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิผู้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

(๒) แบบให้ความยินยอมเปลี่ยนแปลงสิทธิ (ถ้ามี)

(๓) ใบมรณบัตร กรณีผู้ปกครองรายเดิมถึงแก่ความตาย

หน่วยรับลงทะเบียน ดำเนินการดังนี้

- (๑) บันทึกคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิในระบบฐานข้อมูลโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
- (๒) สแกนเอกสารประกอบการลงทะเบียนและแนบไฟล์เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ในระบบฐานข้อมูลโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ส่งให้แก่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ ภายใน ๑๕ วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิ พิจารณาดำเนินการเปลี่ยนแปลงสิทธิต่อไป

๗.สิทธิการรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดสิ้นสุดลง

- (๑) เด็กแรกเกิดมีอายุครบ ๖ ปี
- (๒) เด็กแรกเกิดถึงแก่ความตาย
- (๓) ผู้ปกครองยื่นคำขอสละสิทธิเป็นหนังสือ โดยมีหลักฐานชัดเจน
- (๔) ขาดคุณสมบัติตามระเบียบ
- (๕) กรณีมีเหตุที่ไม่สามารถจ่ายเงินให้กับผู้ปกครองที่ยื่นคำร้องขอลงทะเบียน ให้กรมกิจการเด็กและเยาวชน หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด แล้วแต่กรณี ดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริงหรือมีหนังสือแจ้งให้มาพบภายใน ๖ เดือน นับตั้งแต่วันที่ได้รับอนุมัติการจ่ายเงินงวดแรก หากไม่สามารถติดตามได้ภายใน ระยะเวลาดังกล่าว ให้กรมกิจการเด็กและเยาวชน หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด แล้วแต่กรณี พิจารณาระงับสิทธิในการรับเงินอุดหนุนฯ ของผู้ปกครองรายนั้นได้
- (๖) กรณีเจ้าหน้าที่กรมกิจการเด็กและเยาวชน หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ตรวจสอบพบ หรือได้รับคำร้องจากผู้ที่เกี่ยวข้องว่าผู้ปกครองที่ได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดขาดคุณสมบัติตามระเบียบฯ ให้พิจารณาข้อเท็จจริง และสามารถดำเนินการระงับสิทธิการจ่ายเงินตามระเบียบฯ ต่อไป

๘.ระยะเวลาในการให้บริการ

ขั้นตอนยื่นคำขอลงทะเบียน/การเปลี่ยนแปลงสิทธิการรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ประมาณ ๕ นาที/ราย

ขั้นตอนการบันทึกข้อมูลในระบบฐานข้อมูลโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ประมาณ ๑๐ นาที/ราย

ขั้นตอนส่งเอกสารประกอบการยื่นแบบคำร้องลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดไปยังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานี ประมาณ ๓ วัน



การปฏิบัติงานด้านการขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม

การขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม กรณีฉุกเฉิน ดำเนินการตามระเบียบกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ว่าด้วยการจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยมีหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

๑. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม มีกลุ่มเป้าหมาย ออกเป็น ๔ กลุ่ม ดังต่อไปนี้

เด็ก คุณสมบัติ ดังนี้

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) อายุไม่เกิน ๑๘ ปี หรือที่อยู่ในระหว่างการศึกษาโดยต้องมีอายุไม่เกิน ๒๐ ปีบริบูรณ์
- (๓) เป็นเด็กกำพร้า อนาคต พิการ ยากจน หรืออาศัยอยู่ในครอบครัวยากจน บิดามารดาต้องโทษ เป็นต้น
- (๔) มีสภาพความเดือดร้อน รายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ

คนพิการ คุณสมบัติ ดังนี้

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) เป็นคนพิการและมีบัตรประจำตัวคนพิการ
- (๓) มีสภาพความเดือดร้อน รายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ
- (๔) ตกอยู่ในสภาวะยากลำบาก ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือช่วยเหลือตัวเองลำบาก

ผู้สูงอายุ คุณสมบัติ ดังนี้

- (๑) มีสัญชาติไทย อายุเกิน ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
- (๒) มีสภาพความเดือดร้อน รายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ
- (๓) ตกอยู่ในสภาวะลำบากช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองลำบาก หรืออยู่คนเดียว

ลำพังขาดคนดูแล

ครอบครัวกรณีฉุกเฉิน คุณสมบัติ ดังนี้

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีสภาพความเดือดร้อน รายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ ไม่มีผู้ดูแล
- (๓) ตกอยู่ในสภาวะยากลำบาก ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือ ช่วยเหลือตัวเองลำบาก รับภาระ

ดูแลครอบครัว/เจ็บป่วย/พิการ/อื่นๆ

๒. ขั้นตอนการยื่นคำขอรับสิทธิ

ผู้ประสบปัญหาทางสังคมที่ต้องการได้รับความช่วยเหลือ สามารถยื่นแบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉินได้ที่สำนักงานเทศบาลตำบลเมืองศรีไค หรือแจ้งความประสงค์ผ่านผู้นำชุมชน สมาชิกสภาเทศบาลตำบลเมืองศรีไค

๓. หลักฐานประกอบการยื่นคำขอลงทะเบียน มีดังนี้

- (๑) บัตรประจำตัวประชาชน
- (๒) ทะเบียนบ้าน
- (๓) บัตรประจำตัวคนพิการ (ถ้ามี)

(๔) สมุดบัญชีธนาคาร

(๕) ภาพถ่ายประกอบ

โดยเทศบาลตำบลเมืองศรีไค จะอำนวยความสะดวกในการทำสำเนาเอกสารให้แก่ผู้ขอรับบริการ

๔.หลักเกณฑ์และขั้นตอนการพิจารณาคุณสมบัติ

การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ประสบปัญหาความเดือดร้อนที่เกิดขึ้นโดยปัจจุบันทันด่วน หรือที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในเวลาอันใกล้ หรือจะต้องได้รับการแก้ไขโดยฉับพลันทันท่วงที เพื่อป้องกันมิให้เกิดปัญหาทางสังคมด้านอื่นตามมา รวมถึงเป็นการช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนให้การสงเคราะห์ พัฒนาและฟื้นฟูให้การช่วยเหลือตนเองได้ โดยเป็นการช่วยเหลือตามความจำเป็นและเหมาะสมเป็นเงินหรือสิ่งของได้

(๑) เมื่อได้รับคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม กรณีฉุกเฉิน และได้ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารประกอบการยื่นคำขอแล้ว เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบต้องตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้น และออกเยี่ยมบ้านประเมินสภาพปัญหาเพื่อพิจารณาให้การช่วยเหลือตามความจำเป็นและเหมาะสม อาจจะเป็นเงินหรือสิ่งของก็ได้ โดยแบ่งออกเป็น ๔ กลุ่ม ดังนี้

เด็ก มีเกณฑ์การช่วยเหลือ ดังนี้

(๑) ช่วยเหลือเป็นเงินสงเคราะห์ครั้งละไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาท ต่อรายและช่วยเหลือได้ ไม่เกิน ๓ คน ต่อครอบครัว และไม่เกิน ๓ ครั้งต่อปี (ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา)

(๒) สิ่งของ เช่น เครื่องใช้จำเป็น นมผง เป็นต้น ตามวงเงินที่ได้รับ

คนพิการ มีเกณฑ์การช่วยเหลือ ดังนี้

(๑) ช่วยเหลือเป็นเงินสงเคราะห์ครั้งละไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท ต่อครอบครัวและช่วยเหลือได้ ติดต่อกัน ไม่เกิน ๓ ครั้งต่อครอบครัว ต่อปี (ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา)

(๒) สิ่งของ เช่น เครื่องอุปโภค บริโภค ค่ารักษาพยาบาล อื่นๆ ตามความจำเป็น

ผู้สูงอายุ มีเกณฑ์การช่วยเหลือ ดังนี้

(๑) ช่วยเหลือเป็นเงินสงเคราะห์ครั้งละไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท และช่วยเหลือได้ไม่เกิน ๓ ครั้ง ต่อคน ต่อปี (ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา)

(๒) สิ่งของ เช่น เครื่องอุปโภค บริโภค ค่ารักษาพยาบาล อื่นๆ ตามความจำเป็น

ครอบครัวกรณีฉุกเฉิน มีเกณฑ์การช่วยเหลือ ดังนี้

(๑) ช่วยเหลือเป็นเงินสงเคราะห์ ครั้งละไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท ต่อครั้ง ต่อครอบครัว ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา)

(๒) สิ่งของ เช่น เครื่องอุปโภค บริโภค ค่ารักษาพยาบาล อื่นๆ ตามความจำเป็น

(๒) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบทำการส่งเอกสารประกอบการยื่นแบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมไปยังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานี

๕.วิธีการจ่ายเงิน/ช่วยเหลือสิ่งของ

กรณีช่วยเหลือเป็นเงินสงเคราะห์ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานีจะดำเนินการจ่ายโดยการโอนเข้าบัญชีธนาคารของผู้ยื่นคำขอ

กรณีช่วยเหลือเป็นสิ่งของ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานีจะประสานเทศบาลตำบลเมืองศรีไคให้นำไปแจกจ่ายแก่ผู้ประสบปัญหาทางสังคม

๖.ระยะเวลาในการให้บริการ

ขั้นตอนยื่นแบบคำขอ ประมาณ ๕ นาที/ราย

ขั้นตอนเยี่ยมบ้านประเมินสภาพปัญหา ประมาณ ๒๐ นาที/ราย

ขั้นตอนส่งเอกสารประกอบการยื่นแบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมไปยังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานี ประมาณ ๓ วัน

4 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มเด็ก, คนพิการ, ผู้สูงอายุ และครอบครัวกรณีฉุกเฉิน

เด็ก	คนพิการ	ผู้สูงอายุ	ครอบครัวกรณีฉุกเฉิน
 คุณสมบัติ	 คุณสมบัติ	 คุณสมบัติ	 คุณสมบัติ
คุณสมบัติ <ol style="list-style-type: none"> 1. มีสัญชาติไทย 2. อายุไม่เกิน 18 ปี หรือที่อยู่ระหว่างการศึกษาระดับมัธยมศึกษาโดยต้องมีอายุไม่เกิน 20 ปีบริบูรณ์ 3. เป็นเด็กกำพร้า อนุดา พิกุล ยากจน หรืออาศัยอยู่ในครอบครัวยากจน บิดาหรือมารดาต้องโสด เป็นต้น 4. มีสภาพความเดือดร้อน รายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ 	คุณสมบัติ <ol style="list-style-type: none"> 1. มีสัญชาติไทย 2. เป็นคนพิการและมีบัตรประจำตัวคนพิการ 3. มีสภาพความเดือดร้อน รายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ 4. ตกอยู่ในสภาวะลำบาก ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือช่วยเหลือตัวเองลำบาก 	คุณสมบัติ <ol style="list-style-type: none"> 1. มีสัญชาติไทย อายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป 2. มีสภาพความเดือดร้อน รายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ 3. ตกอยู่ในสภาวะลำบาก ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองลำบาก หรือ อยู่คนเดียวลำพังขาดคนดูแล 	คุณสมบัติ <ol style="list-style-type: none"> 1. มีสัญชาติไทย 2. มีสภาพความเดือดร้อน รายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ ไม่มีผู้ดูแล 3. ตกอยู่ในสภาวะยากลำบาก ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือ ช่วยเหลือตัวเองลำบาก ได้รับความดูแลครอบครัว/เจ็บป่วย/ พิกุล/อื่นๆ
การช่วยเหลือ <ol style="list-style-type: none"> 1. ช่วยเหลือเป็นเงินสงเคราะห์ ครั้งละไม่เกิน 1,000 บาท ต่อราย และช่วยเหลือได้ ไม่เกิน 3 คน ต่อครอบครัว และไม่เกิน 3 ครั้งต่อปี (ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา) 2. สิ่งของ เช่น เครื่องใช้จำเป็น นมผง เป็นต้น ตามวงเงินที่ได้รับ 	การช่วยเหลือ <ol style="list-style-type: none"> 1. ช่วยเหลือเป็นเงินสงเคราะห์ ครั้งละไม่เกิน 3,000 บาท ต่อครอบครัว และช่วยเหลือได้ ติดต่อกันไม่เกิน 3 ครั้งต่อครอบครัว ต่อปี (ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา) 2. สิ่งของ เช่น เครื่องอุปโภค บริโภค ค่ารักษาพยาบาล อื่นๆ ตามความจำเป็น 	การช่วยเหลือ <ol style="list-style-type: none"> 1. ช่วยเหลือเป็นเงินสงเคราะห์ ครั้งละไม่เกิน 2,000 บาท และช่วยเหลือได้ไม่เกิน 3 ครั้ง ต่อคนต่อปี (ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา) 2. สิ่งของ เช่น เครื่องอุปโภค บริโภค ค่ารักษาพยาบาล อื่นๆ ตามความจำเป็น 	การช่วยเหลือ <ol style="list-style-type: none"> 1. ช่วยเหลือเป็นเงินสงเคราะห์ ครั้งละไม่เกิน 2,000 บาท ต่อครั้ง ต่อครอบครัว ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา 2. สิ่งของ เช่น เครื่องอุปโภค บริโภค ค่ารักษาพยาบาล อื่นๆ ตามความจำเป็น

การปฏิบัติงานด้านการขอรับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

การขอรับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี ดำเนินการตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง การสนับสนุนการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๓ โดยมีหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

๑. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี ซึ่งมีดังต่อไปนี้

- (๑) มีอายุเกิน ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
- (๒) มีสัญชาติไทย
- (๓) ผู้สูงอายุที่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เว้นแต่ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ แต่ยังไม่มียบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียน ให้ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การปกครองส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน เป็นผู้รับรอง

๒. ขั้นตอนการยื่นคำขอรับสิทธิ

การยื่นคำขอต้องยื่นคำขอ ภายใน ๖ เดือน นับแต่วันออกใบมรณะบัตร โดยยื่นคำขอในท้องที่ที่ผู้สูงอายุมีชื่อในทะเบียนบ้านหรือภูมิลำเนาที่ถึงแก่ความตาย โดยให้ยื่นคำขอต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานี หรือที่ งานพัฒนาชุมชน เทศบาลตำบลเมืองศรีไค

๓. หลักฐานประกอบการยื่นคำขอ มีดังนี้

ผู้สูงอายุที่เสียชีวิต

- (๑) ใบมรณะบัตรของผู้สูงอายุ
- (๒) บัตรสวัสดิการแห่งรัฐของผู้สูงอายุ (ถ้ามี)
- (๓) บัตรประจำตัวประชาชน
- (๔) ทะเบียนบ้าน (ประทับ “ตาย”)

ผู้จัดการศพ (ผู้ยื่นเรื่อง)

- (๑) บัตรประจำตัวประชาชน
- (๒) ทะเบียนบ้าน
- (๓) สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร

(๔) บัตรประจำตำแหน่ง (* กรณีผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ แต่ยังไม่มียบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียน)



๔. หลักเกณฑ์และขั้นตอนการพิจารณาคุณสมบัติ

(๑) เมื่อได้รับแบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี และได้ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารประกอบการยื่นคำขอรับสิทธิแล้ว เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียนต้องตรวจคุณสมบัติเบื้องต้นรวบรวมเอกสารแบบคำขอรับเงินสงเคราะห์และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณีพร้อมเอกสารหลักฐาน ส่งให้แก่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานีเป็นผู้พิจารณาต่อไป

๕.วิธีการจ่ายเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานีจะดำเนินการจ่ายโดยการโอนเข้าบัญชีธนาคารของผู้ยื่นคำขอ เป็นจำนวนเงิน ๓,๐๐๐ บาท

๖.ระยะเวลาในการให้บริการ

ขั้นตอนยื่นคำขอ ประมาณ ๕ นาที/ราย

ขั้นตอนส่งเอกสารประกอบการยื่นแบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณีไปยังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานี ประมาณ ๓ วัน



ภาคผนวก

แบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแบบยืนยันสิทธิแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ขอยืนยันสิทธิ
 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.....ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
 เลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ ซอย.....ถนน.....
 ตำบล.....เมืองศรีโค.....อำเภอ.....วารินชำราบ.....จังหวัด.....อุบลราชธานี.....รหัสไปรษณีย์.....34190.....
 โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ ----

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ.....
 รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

มีความประสงค์

ขอยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย
 ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2566)

ไม่ขอรับสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

"ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ณ วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพ
 ผู้สูงอายุ และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ"

"ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
 และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยืนยันสิทธิ/ผู้รับมอบอำนาจยืนยันสิทธิ

เจ้าหน้าที่ผู้รับยืนยันสิทธิ

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/</p> <p>.....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน</p> <p><input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติยื่นยันสิทธิครบถ้วน</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่รอตรวจสอบคุณสมบัติ ณ วันที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพ</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ)</p> <p>(.....)</p> <p>เจ้าหน้าที่</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายกเทศมนตรีตำบลเมืองศรีไค</p> <p>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว</p> <p>มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับยื่นยันสิทธิ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับยื่นยันสิทธิ.....</p> <p>.....</p> <p>จำเอก..... ประธานกรรมการ</p> <p>(บรรจบ อภัยจิตต์)</p> <p>(ลงชื่อ)..... กรรมการ</p> <p>(นายอรรถวิทย์ แสงดิษฐ์)</p> <p>(ลงชื่อ)..... กรรมการ</p> <p>(นางสาวสุจิตรา สองสี)</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับยื่นยันสิทธิ <input type="checkbox"/> ไม่รับยื่นยันสิทธิ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....</p> <p>.....</p> <p>ร้อยตำรวจตรี</p> <p>(วิระวัฒน์ วิชาสวัสดิ์)</p> <p>นายกเทศมนตรีตำบลเมืองศรีไค</p> <p>วัน/เดือน/ปี</p>	

-----ฉีกตามรายปรุ.....

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

การยื่นยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการยื่นยันสิทธิ โดยได้รับตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....เป็นต้นไป

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ เทศบาลตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

เฉพาะกรณีผู้พิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน: ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียนโดยเป็น บิดา-มารดา บุตร สามเณร-ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ อื่นๆ(ระบุ).....
 ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....
 เลขประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่.....
 โทรศัพท์.....

เขียนที่ เทศบาลตำบลเมืองศรีไค

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า นาย นาง นางสาว อื่นๆ (ระบุ).....

ชื่อ..... นามสกุล.....

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

เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล...เมืองศรีไค... อำเภอ...วารินชำราบ...

จังหวัด...อุบลราชธานี... รหัสไปรษณีย์...๓๔๑๙๐... โทรศัพท์.....

หมายเลขประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ ----

- ประเภทความพิการ ความพิการทางการมองเห็น ความพิการทางจิตใจหรือทางพฤติกรรม
 ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางสติปัญญา
 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย ความพิการทางการเรียนรู้
 ความพิการทางออทิสติก ไม่ระบุความพิการ

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ (ระบุ).....

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

เกี่ยวข้องโดยเป็น บิดา-มารดา บุตร สามเณร-ภรรยา พี่-น้อง อื่นๆ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ

ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ อื่นๆ.....

ได้รับเงินเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

บัญชีเงินฝากธนาคาร..... บัญชีเลขที่..... ชื่อบัญชี

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการมีความประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

“ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่เป็นบุคคลที่อยู่ในอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการหากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย”

“ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีตำบลเมืองศรีไค คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบ แล้ว มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน จำเอก..... ประธานกรรมการ (บรรจบ อภัยจิตต์) (ลงชื่อ)..... กรรมการ (นายอรรถวิทย์ แสงดิษฐ์) (ลงชื่อ)..... กรรมการ (นางสาวสุจิตรา สองสี)</p>
<p>คำสั่ง <input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... ร้อยตำรวจตรี (วีระวัฒน์ วิชาสวัสดิ์) นายกเทศมนตรีตำบลเมืองศรีไค วัน/เดือน/ปี</p>	

.....
(ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้พิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้
ชื่อ-สกุล.....ลำดับลงทะเบียน...../
ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ โดยจะได้รับเงินเบี้ยความ
พิการ ตั้งแต่เดือน..... พ.ศ..... ในอัตราเดือนละ ๑,๐๐๐/๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน โดย
โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร..... เลขที่บัญชี..... ชื่อบัญชี

**กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่ทำการองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนไปอาศัยอยู่โดยทันที ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาลิขสิทธิ์ในการรับเงินเบี้ยความพิการให้ต่อเนื่อง**

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่..... ออกให้ ณ เมื่อวันที่..... อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่..... ออกให้ ณ เมื่อวันที่..... อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจขอยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖)

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ (เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม)

เป็นผู้รับมอบอำนาจให้โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

เป็นผู้รับมอบอำนาจให้โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้รับมอบอำนาจ

บัญชีเงินฝากธนาคาร..... บัญชีเลขที่..... ชื่อบัญชี

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น ทั้งนี้เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

พร้อมแนบเอกสารหลักฐานของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (เอกสารทุกฉบับให้รับรองสำเนาทุกฉบับ)

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

๒. สำเนาทะเบียนบ้าน

๓. สำเนาหน้าบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีมอบอำนาจให้โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้รับมอบอำนาจ)

ในกรณีที่ไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือข้างขวาแทน

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลเมืองศรีโค

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... อายุ..... ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....

ถนน..... ตรอก/ซอย..... หมู่ที่..... ตำบล.....เมืองศรีโค...

อำเภอ.....วารินชำราบ..... จังหวัด.....อุบลราชธานี..... รหัสไปรษณีย์.....34190.....

ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

1. ที่พักอาศัย

() เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ขำรุดทรุดโทรม () ขำรุดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวร

() เป็นของ..... เกี่ยวข้องเป็น.....

2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

3. การพักอาศัย

() อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....

() พักอาศัยกับ รวมคน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

4. รายได้ - รายจ่าย

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....สถานที่ติดต่อเลขที่.....

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

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

..... ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลเมืองศรีโค

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า..... เป็นผู้มีสิทธิได้รับการ
สงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ..... ลำดับที่..... นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

- () เป็นเงินสด
- () โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลเมืองศรีโค

ข้าพเจ้า..... ขอมอบอำนาจให้.....

เลขประจำตัวประชาชน..... อยู่บ้านเลขที่.....ถนน..... ตรอก/ซอย.....

หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... เกี่ยวพันเป็น.....

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทุกประการ

- () แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์
- () แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์
โดยให้จ่ายให้แก่.....
- () เป็นเงินสด
- () โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร..... สาขา.....
เลขที่บัญชี.....
- () 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.....

ข้อมูลบิดา

- ไม่ปรากฏบิดา
- 2.10 เด็กชาย นาย.....
- 2.11 เลขประจำตัวประชาชน
- 2.12 อายุ.....ปี 2.13 สัญชาติ.....

3. ช่องทางการรับเงินอุดหนุน สำหรับผู้ปกครองที่มีสัญชาติไทย รับเงินผ่านบัญชีธนาคารที่ลงทะเบียนใช้บริการพร้อมเพย์ (PromptPay) ซึ่งต้องผูกกับเลขประจำตัวประชาชน เท่านั้น

ผู้พร้อมเพย์ด้วยเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ธนาคาร.....

4. ช่องทางการรับเงินอุดหนุน สำหรับผู้ปกครองที่ไม่มีสัญชาติไทย เลือกเพียง 1 ธนาคาร

ธนาคารกรุงไทย ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ ธนาคาร ธ.ก.ส. ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ ธนาคารออมสิน ประเภทบัญชี ออมทรัพย์
ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....

5. 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 และผู้รับรองคนที่ 2
- 4.6 สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ 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)
- สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
- หนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท หรือผู้มีรายได้ประจำ) จำนวน.....ใบ
- เอกสาร หรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรองคนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2
- สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)



แบบรับรองสถานะของครัวเรือน
ตารางแสดงจำนวนสมาชิกและรายได้ของครัวเรือน

ส่วนที่ 1 : ผู้ลงทะเบียน

ข้อมูลสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่จริงของผู้ลงทะเบียน (สมาชิกที่ทำงานที่ต่างจังหวัดไม่ต้องกรอกข้อมูล)

(กรณีต่างด้าวที่มีบัตรประจำตัวซึ่งไม่มีสัญชาติไทย) สามารถกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มได้

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

จำนวนสมาชิกของครัวเรือนทั้งหมด.....คน (นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย)

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

วิธีคำนวณรายได้ นำรายได้รวมกันแล้วคูณด้วย 12 จะได้รายได้รวมของครอบครัว จากนั้นให้นำไปหารกับจำนวนสมาชิกในครัวเรือนจะได้รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายชื่อที่ปรากฏข้างต้น เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่ติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 180 วัน ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และสถานะของครัวเรือนของข้าพเจ้าเมื่อคำนวณแล้วมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูล ส่วนบุคคลแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง และยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถาม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคลในบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้า หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตรงความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ระงับสวัสดิการและประโยชน์อื่น ๆ รวมทั้งคืนเงินที่ได้รับ

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน

(.....)

วันที่ลงทะเบียน.....

หมายเหตุ : 1) รายได้เฉลี่ยคำนวณจากรายได้รวมของครัวเรือน หารด้วยจำนวนสมาชิกทั้งหมดของที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้น โดยนับรวมรายได้ในรอบปีของสมาชิกทุกคนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้นติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 180 วันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยให้นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย ซึ่งสมาชิกของครัวเรือนมีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติโดยสายโลหิต หรืออยู่กันด้วยกันฉันสามีภรรยา หรือด้วยเหตุอื่นตามกฎหมาย แต่ไม่นับรวมผู้ซึ่งเป็นลูกจ้างหรือผู้ซึ่งได้อนุญาตให้อยู่อาศัยด้วย

2) กรณีสมาชิกในครัวเรือนเป็นเจ้าของหน้าทีของรัฐ พนักงานบริษัท ผู้มีรายได้ประจำ ให้แนบหนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือนของผู้มีรายได้ประจำ ด้วยทุกคน

3) กรณีสมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐทุกคน ไม่ต้องมีผู้รับรองสถานะของครัวเรือน

ส่วนที่ 2 : ผู้รับรอง

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



แบบคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิผู้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

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

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ยื่นคำร้อง

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบล / นายกเทศมนตรี

ข้าพเจ้า เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว

เลขประจำตัวประชาชน มีความสัมพันธ์กับเด็ก ระบุ.....

 มีความประสงค์ยื่นคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิผู้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดของ เด็กชาย เด็กหญิง

โดยขอเปลี่ยนแปลงผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ดังนี้

จาก เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาวเป็น เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว

ขอเปลี่ยนแปลงสิทธิ เนื่องจาก

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับคำร้อง

(.....)

ตำแหน่ง.....

ส่วนที่ 2

ส่วนที่ 3 การพิจารณาข้อเท็จจริง

เรียน อธิบดีกรมกิจการเด็กและเยาวชน / พมจ.อุบลราชธานี

พร้อมนี้ได้แนบ แบบ ดร.01 และ แบบ ดร.02 มาเรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง นายกองค้การบริหารส่วนตำบล / นายกเทศมนตรี

.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ได้พิจารณาข้อเท็จจริงตามเหตุผลที่ระบุแล้ว พบว่า

- ผู้ยื่นคำร้องเป็น ผู้มีสิทธิ รับเงินอุดหนุนได้
ตามคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิฯ นี้
- ผู้ยื่นคำร้องเป็น ผู้ไม่มีสิทธิ รับเงินอุดหนุน
ตามคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิฯ นี้

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

ตำแหน่ง อธิบดีกรมกิจการเด็กและเยาวชน / พมจ.อุบลราชธานี

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

หมายเหตุ : ให้แนบบแบบคำร้องขอลงทะเบียน (แบบ ดร.01) และแบบรับรองสถานะของครัวเรือน (แบบ ดร.02)

ของผู้ยื่นขอเปลี่ยนแปลงสิทธิพร้อมด้วยหลักฐานประกอบการลงทะเบียน หากผู้ปกครองรายเดิมเสียชีวิต (แนบใบมรณะ)

หรือแนบบหนังสือยินยอมให้เปลี่ยนแปลงสิทธิจากผู้ลงทะเบียนรายเดิม (ถ้ามี)

สำหรับ เจ้าหน้าที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เท่านั้น

ครั้งที่.....ปี.....

เลขที่แบบบันทึก.....วันที่รับเรื่อง.....

การเข้ารับบริการ Walk in ออกหน่วยเคลื่อนที่ สำรวจ รับจากองค์กร/หน่วยงานภายนอก.....

ชื่อ-นามสกุล ผู้สำรวจ/รับเรื่อง/สอบข้อเท็จจริง.....ตำแหน่ง.....



แบบคำขอรับความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

1. ผู้ยื่นคำร้อง / ผู้แจ้งแทน (กรณีไม่สามารถยื่นคำร้องได้ด้วยตนเอง) / ผู้ยื่นคำขอ

คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....) ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขที่บัตรประชาชน กรณีไม่มีเนื่องจาก.....

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง

ความสัมพันธ์กับผู้ประสบปัญหา.....ระดับการศึกษาสูงสุด.....

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน.....ตรอก.....

ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ.....

e-Mail.....

2. ประวัติผู้ประสบปัญหาทางสังคม

2.1 กรณีบุคคลทั่วไป

คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....) ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขที่บัตรประชาชน กรณีไม่มีเนื่องจาก.....

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง

เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

สถานภาพ โสด สมรสอยู่ด้วยกัน สมรสแยกกันอยู่ หย่าร้าง ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

2.2 กรณีเด็ก

คำนำหน้าชื่อ (ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....) ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขที่บัตรประชาชน กรณีไม่มีเนื่องจาก.....

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง

เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

กรณีเด็ก กรอกข้อมูลเพิ่มเติม ดังนี้

บิดา ชื่อ.....นามสกุล.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี

มารดา ชื่อ.....นามสกุล.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี

ความสัมพันธ์ของผู้อุปการะเด็ก ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา ไม่มีความสัมพันธ์ อื่นๆ.....

สาเหตุของการอุปการะ บิดา ทอดทิ้ง เสียชีวิต ต้องโทษจำคุก อื่นๆ ระบุ.....

มารดา ทอดทิ้ง เสียชีวิต ต้องโทษจำคุก อื่นๆ ระบุ.....

5. ประเภทผู้ขอรับบริการ

- ครอบครัวของเด็ก/เด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน
- ผู้ตกทุกข์ได้ยากที่ขอให้ช่วยเหลือส่งกลับภูมิลำเนาเดิม
- ผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน
- ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยที่ประสบความเดือดร้อนหรือผู้ไร้ที่พึ่ง
- ครอบครัวคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการและประสบปัญหาความเดือดร้อน
- สตรีหรือครอบครัวที่ประสบปัญหาทางสังคม
- ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนและมีความจำเป็นในเรื่องต่างๆ
- ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง
- สตรีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีผู้อยู่ในอุปการะ
- สตรีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ไม่ได้ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะคนในครอบครัวที่ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์
- สตรีที่ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู
- สตรีที่สามีป่วย หรือเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะเลี้ยงดูบุคคลในครอบครัว
- ครอบครัวที่เป็นหัวหน้าครอบครัวติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีผู้อยู่ในอุปการะ
- ครอบครัวที่เป็นหัวหน้าครอบครัวไม่ได้ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ แต่ต้องอุปการะสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์
- ครอบครัวที่หัวหน้าครอบครัวถึงแก่กรรมด้วยโรคเอดส์
- ผู้ติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู
- ราษฎรบนพื้นที่สูง ซึ่งเป็นชาวเขาประสบปัญหาความเดือดร้อน

6. สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

6.1 ด้านที่อยู่อาศัย

- ไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย
- ไม่มีที่อยู่อาศัย
- สภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมต่อการพักอาศัย
- เร่ร่อน

6.2 ด้านสุขภาพอนามัย

- ติดเชื้อเอดส์ (HIV)/ ป่วยด้วยโรคเอดส์
- ป่วยเป็นโรคร้ายแรง
- ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน
- ผู้ป่วยทางจิต
- หลงลืมชราภาพ
- ได้รับผลกระทบจากเชื้อเอดส์/ป่วยด้วยโรคเอดส์
- เจ็บป่วยเรื้อรัง
- ขาดแคลนกายอุปกรณ์/ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ
- ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ติดยาเสพติด
- โรคซึมเศร้า
- อื่นๆ ระบุ.....

6.3 ด้านการศึกษา

- ขาดโอกาสทางการศึกษา
- ไม่มีทุนการศึกษา

6.4 ด้านการมีงานทำ และมีรายได้

- ขอดาน
- ถูกเลิกจ้าง/ว่างงาน
- ไม่มีการออม
- ไม่มีรายได้
- ไม่มีที่ดินทำกิน
- ขาดทักษะในการประกอบอาชีพ
- ถูกนายจ้างเอารัดเอาเปรียบ
- ไม่มีงานทำ
- ไม่มีอาชีพ
- รายได้ไม่แน่นอน
- รายได้ไม่พอใช้จ่าย
- มีหนี้สิน
- ไม่มีทุนประกอบอาชีพ
- ยากจน/ไร้ที่พึ่ง
- อื่นๆ ระบุ.....

6.5 ด้านครอบครัว

- กำพริ้ว
- ครอบครัวอุปถัมภ์
- ได้รับผลกระทบจากการที่คนในครอบครัวต้องโทษจำคุก
- ต้องรับภาระหน้าที่ในครอบครัวเกินวัย/เกินความสามารถสติปัญญา
- ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตร
- อยู่ตามลำพังไม่มีผู้ดูแล และมีปัญหาในการดำรงชีวิต
- ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลไม่สามารถอุปการะเลี้ยงดูได้
- แม่เฒ่าที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง/แม่เลี้ยงเดี่ยว
- ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางคืน ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน
- ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านร่างกาย
- ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านเพศ
- ครอบครัวมีการเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (อาทิ เด็กคนพิการ ผู้ติดเชื้อเอดส์ ผู้ติดยาเสพติด)
- ผู้อุปการะมีฐานะยากจน/ขาดแคลน
- ครอบครัวแตกแยก/พ่อแม่แยกทาง
- ได้รับการเลี้ยงดูไม่เหมาะสม
- ต้องดูแลบุคคลในครอบครัว
- ตั้งครรภ์นอกสมรส
- ถูกทอดทิ้ง
- ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม
- พ่อแม่ที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง/พ่อเลี้ยงเดี่ยว
- ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน
- ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้
- ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านจิตใจ
- ครอบครัวมีหนี้สิน
- ครอบครัวยากจน

6.6 ด้านความรุนแรงในครอบครัว/สังคม

- เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น
- ทารุณกรรมทางจิตใจ
- ทารุณกรรมทางร่างกาย
- ทารุณกรรมทางเพศ

6.7 ด้านการเป็นผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์

- ตกเป็นเครื่องมือแสวงหาผลประโยชน์อื่นๆ
- ถูกบังคับข่มขู่ทอน
- ถูกล่อลวง
- เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น
- ถูกบังคับให้ประพฤติดมกกฎหมาย
- ถูกทารุณกรรม/กักขัง/หน่วงเหนี่ยว
- ถูกบังคับค้าประเวณี
- ถูกแสวงหาประโยชน์ทางเพศ
- ถูกบังคับใช้แรงงาน

6.8 ด้านการเข้าถึงสิทธิและความเป็นธรรมในสังคม

- ไม่มีคำพาหนะเดินทางกลับภูมิลำเนา
- ไม่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐ
- ยังไม่ยื่นคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ
- ไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎร
- ขอบุตรบุญธรรม
- การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมระหว่างเพศ
- ถูกรังเกียจเหยียดหยาม
- เคยต้องโทษ/ประสบปัญหาการใช้ชีวิตในสังคม
- ถูกละเมิดทางเพศ
- ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความรุนแรงทางการเมือง
- ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบชายแดนภาคใต้
- ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติภัยแล้ง/ภัยหนาว/วาตภัย/อุทกภัย/อัคคีภัย/แผ่นดินไหว
- ได้รับผลกระทบจากมลภาวะ/สภาพแวดล้อม

6.9 ด้านสภาพปัญหาสังคมอื่นๆ

- ประพฤติตนไม่เหมาะสม
- เสี่ยงต่อการกระทำผิด
- ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนหรือการปรับตัวที่เหมาะสม
- การอพยพ/หลบหนีเข้าเมือง
- อื่นๆ ระบุ.....

7. เรื่องขอรับความช่วยเหลือที่ต้องการ	
7.1 ด้านเงิน (ใส่จำนวนเงินด้วย) <input type="checkbox"/>ค่าเลี้ยงดู ค่าพาหนะ สำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน <input type="checkbox"/>เกี่ยวกับการศึกษาสำหรับเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน <input type="checkbox"/>เงินทุนประกอบอาชีพ สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน <input type="checkbox"/>ค่ารักษาพยาบาล สำหรับครอบครัวของเด็กที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน <input type="checkbox"/>ค่ากายอุปกรณ์แก่เด็กพิการและทุพพลภาพ <input type="checkbox"/>อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยป้องกันและแก้ไขความพิการของเด็ก <input type="checkbox"/>ค่าใช้จ่ายในการส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม <input type="checkbox"/>ค่าอาหารระหว่างรอรับการสงเคราะห์ และระหว่างเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิม <input type="checkbox"/>ค่าพาหนะส่งตัวผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม <input type="checkbox"/>ค่าเช่าที่พักของผู้ตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม <input type="checkbox"/>ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระหว่างรอรับการสงเคราะห์ ระหว่างการเดินทางเพื่อรับการสงเคราะห์หรือกลับภูมิลำเนาเดิม <input type="checkbox"/>เงินอุดหนุนเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน <input type="checkbox"/>ค่าเครื่องอุปโภคบริโภค <input type="checkbox"/>ค่าใช้จ่ายในการครองชีพตามความจำเป็น <input type="checkbox"/>ค่ารักษาพยาบาล เช่น ค่ายา ค่าอุปกรณ์การรักษา ค่าอาหารที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของทางราชการส่งรวมถึงค่าพาหนะ ค่าอาหาร ระหว่างติดต่อรักษาพยาบาล <input type="checkbox"/>ค่าซ่อมแซมที่อยู่อาศัย <input type="checkbox"/>เงินทุนประกอบอาชีพ <input type="checkbox"/>เงินทุนประกอบอาชีพ รวมถึงการรวมกลุ่ม <input type="checkbox"/>ค่าอาหาร <input type="checkbox"/>ค่าเครื่องนุ่งห่ม <input type="checkbox"/>ค่าพาหนะเดินทาง ค่าอาหาร ค่าเครื่องนุ่งห่ม หรือค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้น แก่ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง <input type="checkbox"/>เงินทุนประกอบอาชีพแก่สตรีที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว <input type="checkbox"/>ค่าวัสดุที่ปักชำควรว <input type="checkbox"/>อื่นๆ ระบุ	บัญชีท้ายระเบียบฯลำดับที่ 1 1 1 1 1 1 2 2 2 2 2 3 4,5,6,9,11 4,5,6,9,11 4,5,6,9,11 4,5,6,9,11 9,10,11 4,5,6 7 7 7 8 10 11 1-11
7.2 ด้านสิ่งของ (ใส่จำนวน ชนิด รายการ ของสิ่งของด้วย) <input type="checkbox"/> เครื่องอุปโภคและบริโภค เช่น มุ้ง ผ้าห่มนอน แป้ง นม <input type="checkbox"/> อุปกรณ์การศึกษา <input type="checkbox"/> อาหาร <input type="checkbox"/> เครื่องนุ่งห่ม <input type="checkbox"/> นมผงสำหรับเด็ก <input type="checkbox"/> ยารักษาโรค <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ	
7.3 ความช่วยเหลืออื่นๆ <input type="checkbox"/>ส่งไปทำกายภาพบำบัด <input type="checkbox"/> ส่งเข้ารับการรักษา/บำบัด <input type="checkbox"/> ติดตามหาญาติ <input type="checkbox"/>เข้ารับบริการในศูนย์บริการผู้สูงอายุ หรืออยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์คนชรา หรือสถานที่อื่นที่เหมาะสม <input type="checkbox"/>แยกผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรมไปพักอาศัยในสถานที่อื่นซึ่งมีความปลอดภัย <input type="checkbox"/>นำผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพกาย สุขภาพจิต <input type="checkbox"/>แจ้งความต่อพนักงานสอบสวนเพื่อดำเนินคดีต่อผู้กระทำผิดทารุณกรรม <input type="checkbox"/>ให้คำแนะนำแก่ครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอยู่ด้วย เพื่อทำความเข้าใจให้สามารถดูแลผู้สูงอายุมิให้ถูกทารุณกรรมอีก <input type="checkbox"/>ให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับคดีและเรื่องสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ <input type="checkbox"/>ให้การฟื้นฟูสภาพร่างกาย สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ฝึกกลับไปสู่สภาวะปกติ และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย <input type="checkbox"/>ส่งกลับภูมิลำเนาเดิม <input type="checkbox"/>อื่นๆ ระบุ	

8. สิทธิสวัสดิการที่เคยได้รับ

1. ไม่เคย
2. เคย อะไรบ้างในปีงบประมาณนี้ จำนวน ครั้ง รวมเป็นเงินบาท ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 2.1 เงินสงเคราะห์
 - 2.2 เงินทุนประกอบอาชีพ
 - 2.3 เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
 - 2.4 เบี้ยความพิการ
 - 2.5 เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
 - 2.6 สวัสดิการที่ได้จากการลงทะเบียนโครงการเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
 - 2.7 เงินซ่อมแซมบ้าน
 - 2.8 สวัสดิการอื่นจากภาครัฐ ระบุ
 - 2.9 สวัสดิการภาคเอกชน
 - 2.10 เงินกู้
 - 2.11 เครื่องช่วยความพิการ
 - 2.12 อื่นๆ ระบุ.....

9. การรับรองข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตรงความเป็นจริง ข้าพเจ้านายยินยอมให้ระงับสวัสดิการและประโยชน์อื่นๆ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสาร เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าพเจ้าและครอบครัว

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับความช่วยเหลือ

(.....)

ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับคำขอ

(.....)

ลงวันที่.....

ผลการเยี่ยมบ้าน

ตรวจเยี่ยม

เจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยม ชื่อ - สกุลตำแหน่ง

หน่วยงาน.....

ชื่อ - สกุล ของผู้ประสบปัญหาทางสังคม.....

บ้านเลขที่.....

สภาพที่อยู่อาศัย

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

สภาพปัญหาความเดือดร้อน

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

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมบ้าน

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

ลงชื่อ.....ผู้เยี่ยมบ้าน

(.....)

ตำแหน่ง

ลงวันที่.....(ว.ด.ป.ที่เยี่ยมบ้าน)

หมายเหตุ : ผู้เยี่ยมบ้าน หมายถึง เจ้าหน้าที่กระทรวง พม.หรือเจ้าหน้าที่หน่วยบริการในพื้นที่หรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐที่ได้รับมอบหมายหรือได้รับคำขอนี้ หรืออาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.)

ส่วนนี้ สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้วินิจฉัย เท่านั้น

การพิจารณาให้ความช่วยเหลือ

ความเห็นของผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ

.....
.....

- ช่วยเหลือเป็นเงิน จำนวน.....บาท หรือ
- ช่วยเหลือเป็นสิ่งของ ระบุ อุปกรณ์การศึกษา อาหาร
- เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค
- นมผงสำหรับเด็ก เครื่องอุปโภคและบริโภค
- อื่นๆ ระบุ.....

มูลค่าสิ่งของ จำนวน.....บาท
ตามระเบียบ/ประกาศ/หนังสือ

.....

เงินอุดหนุนประเภท.....
.....

ลงชื่อผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ
(.....)
ตำแหน่ง
เลขที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

หมายเหตุ : ผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ ได้แก่
(๑) ผู้ซึ่งระเบียบ ประกาศ หรือหลักเกณฑ์ว่าด้วยการนั้น กำหนดให้เป็นผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ หรือ
(๒) นักสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ประกอบการวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ประกอบการวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต หรือเจ้าหน้าที่อื่นซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในความควบคุมของนักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ประกอบการวิชาชีพสังคมสงเคราะห์หรือผู้ประกอบการวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต หรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าส่วนราชการเจ้าของเงินอุดหนุน

ผลการพิจารณาให้ความช่วยเหลือของคณะกรรมการพิจารณาให้ความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม

วันที่ประชุมคณะกรรมการ.....ครั้งที่.....

- ทราบ (เร่งด่วน)
- คุณสมบัติผู้ประสบปัญหาทางสังคม
 - เห็นชอบ
 - ไม่เห็นชอบ ระบุเหตุผล.....

- วิธีการให้ความช่วยเหลือ
 - เห็นชอบ
 - ไม่เห็นชอบ ระบุเหตุผล.....

ความเห็นเพิ่มเติม.....
.....

รายละเอียดสำหรับการจ่ายเงิน เท่านั้น

1. รับผิดชอบเอง/มอบอำนาจรับแทน

เงินสด เช็ค เลขที่.....ธนาคาร.....

หากมีการรับแทนโปรดระบุ เลขที่บัตรประชาชน

ชื่อ - นามสกุล.....ผู้รับแทน

เบอร์โทรติดต่อ.....

2. โอนเข้าบัญชีธนาคาร โอนเข้าบัญชี พร้อมเพย์ (Prompt Pay) KTB Corporate Online e-Payment

ชื่อ - นามสกุล ผู้รับเงิน.....

เลขที่บัตรประชาชน เบอร์โทรศัพท์.....

เลขที่บัญชี.....ชื่อบัญชี.....

ธนาคาร.....สาขา.....

รายละเอียดสำหรับการรับสิ่งของ

รับผิดชอบเอง

ผู้รับแทน เลขที่บัตรประชาชน

ชื่อ-นามสกุล.....

ประสานส่งต่อไปยังหน่วยงาน ชื่อหน่วยงาน.....จังหวัด.....

- ส่งไปทำกายภาพบำบัด ส่งเข้ารับการรักษา/บำบัด ส่งเข้าสถานสงเคราะห์/สถานคุ้มครอง
- ขอบุตรบุญธรรม/ครอบครัวอุปถัมภ์ ส่งเข้าฝึกอบรม/อาชีพ จัดหาอาชีพ
- อื่นๆ ระบุ.....

ช่วยเหลือด้านอื่นๆ

..... ให้คำปรึกษา/แนะนำ ช่วยเหลือทางด้านกฎหมาย/คุ้มครองสิทธิ์ ติดตามหาญาติ

..... ที่อยู่อาศัย/ที่ทำงาน อื่นๆ ระบุ.....

..... ระบุความช่วยเหลือ เนื่องจาก.....

การบูรณาการความช่วยเหลือร่วมกับหน่วยอื่น

หน่วยงานภายใน พม.

- | | | | |
|---|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> ดย. หน่วยงาน..... | <input type="checkbox"/> เงิน..... | <input type="checkbox"/> สิ่งของ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> พก. หน่วยงาน..... | <input type="checkbox"/> เงิน..... | <input type="checkbox"/> สิ่งของ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> พส. หน่วยงาน..... | <input type="checkbox"/> เงิน..... | <input type="checkbox"/> สิ่งของ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> ผส. หน่วยงาน..... | <input type="checkbox"/> เงิน..... | <input type="checkbox"/> สิ่งของ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> สค. หน่วยงาน..... | <input type="checkbox"/> เงิน..... | <input type="checkbox"/> สิ่งของ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> กคช. หน่วยงาน..... | <input type="checkbox"/> เงิน..... | <input type="checkbox"/> สิ่งของ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> พอช. หน่วยงาน..... | <input type="checkbox"/> เงิน..... | <input type="checkbox"/> สิ่งของ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |

หน่วยงาน/องค์กร ภายนอก

- เหล่ากาชาดอำเภอ/จังหวัด..... เงิน..... สิ่งของ ระบุ.....
- อบต./เทศบาล/อำเภอ..... เงิน..... อื่นๆ ระบุ.....
- มูลนิธิ/องค์กร/เครือข่าย..... เงิน..... อื่นๆ ระบุ.....
- หน่วยงานรัฐในพื้นที่ ระบุ..... เงิน..... อื่นๆ ระบุ.....
- สำนักงานองคมนตรี..... เงิน..... อื่นๆ ระบุ.....
- เงินบริจาค/ช่วยเหลือจากบุคคลทั่วไป จำนวน.....บาท

เลขที่.....

แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online

วันที่ เดือน..... พ.ศ.

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานี

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

เลขประจำตัวประชาชน

สำนัก/กอง/ศูนย์.....สังกัดกรม.....กระทรวง.....

อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....พยางค์.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์.....

ขอรับเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร มาเพื่อเป็นหลักฐานด้วยแล้ว

- กรณีเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ ที่สังกัดส่วนราชการผู้จ่าย
- เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ใช้สำหรับรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา..... ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....
- เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารอื่น (ตามที่หัวหน้าส่วนราชการผู้เบิกอนุญาต) บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา..... ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....
- กรณีเป็นบุคคลภายนอก เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร..... สาขา.....ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

และเมื่อ.....ส่ง.พมจ.โอนเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online แล้ว ให้ส่งข้อมูลการโอนเงิน ผ่านช่องทาง

- ข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ (SMS) ที่เบอร์โทรศัพท์.....
- จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ตาม e-mail address.....

ลงชื่อ.....ผู้มีสิทธิรับเงิน

(.....)

หมายเหตุ : เลขที่ของแบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online ให้ระบุหมายเลขกำกับเรียงกันไปทุกฉบับ เพื่อประโยชน์ในการจัดทำทะเบียนคุมการโอนเงิน



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 โดยให้ถือว่าคู่ฉบับและบรรดาสำเนา ภาพถ่าย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสารที่ทำขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ 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 หรือเป็นผู้สูงอายุที่ผู้อำนวยเขต 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 หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายและเลขประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ กรณีการจัดการศพตามประเพณีโดยมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์ ให้แนบหนังสือแสดงการจดทะเบียน หรืออนุญาตให้สร้าง จัดตั้ง หรือดำเนินงานมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์ด้วย
 - (4) สมุดบัญชีหรือเลขที่บัญชีธนาคารของผู้ยื่นคำขอ เว้นแต่ประสงค์จะขอรับเงินสดให้ดำเนินการตามระเบียบของทางราชการ
 - (5) แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี (แบบ ศผส. 01)
5. การยื่นคำขอ ยื่นภายใน 6 เดือนนับตั้งแต่วันออกใบมรณบัตร โดยยื่นคำขอในท้องที่ที่ผู้สูงอายุมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านหรือภูมิลำเนา ที่ถึงแก่ความตาย ในขณะถึงแก่ความตาย ดังต่อไปนี้
 - (1) ในกรุงเทพมหานคร ให้ยื่นคำขอที่สำนักงานเขต สังกัดกรุงเทพมหานคร
 - (2) ในจังหวัดอื่น ให้ยื่นคำขอต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หรือที่ว่าการอำเภอ หรือสำนักงานเทศบาล หรือ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบล หรือศาลาว่าการเมืองพัทยา
6. ผู้ยื่นคำขอและผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน



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 เว้นแต่บุคคลดังกล่าวได้รับค่าตอบแทน

ไม่เกิน 100,000 บาท/ปี (รอบปีปฏิทิน)

- ผู้รับบำนาญรายเดือน

- ผู้รับบำนาญปกติ หรือเบี้ยหวัดจากส่วนราชการ

• ข้าราชการการเมืองตามพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการการเมือง พ.ศ. 2535

• สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร และสมาชิกวุฒิสภา

3. รายได้

3.1 รายได้ของผู้ลงทะเบียนไม่เกิน 100,000 บาท/คน/ปีในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง

3.2 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวของผู้ลงทะเบียนไม่เกิน 100,000 บาท/คน/ปีในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง (การคำนวณรายได้เฉลี่ยของครอบครัวของผู้ลงทะเบียนคำนวณได้จากการรวมรายได้ ของผู้ลงทะเบียนและสมาชิกในครอบครัวของผู้ลงทะเบียน ทหารด้วยจำนวนบุคคลทั้งหมดในครอบครัว)

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

4.1 ทรัพย์สินทางการเงินของผู้ลงทะเบียนมีมูลค่าไม่เกิน 100,000 บาท/คน ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง

4.2 ทรัพย์สินทางการเงินเฉลี่ยของครอบครัวของผู้ลงทะเบียนมีมูลค่าไม่เกิน 100,000 บาท/คน ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (การคำนวณทรัพย์สินทางการเงินเฉลี่ยของครอบครัวของผู้ลงทะเบียนคำนวณได้จากการรวมมูลค่าทรัพย์สินทางการเงินของผู้ลงทะเบียน และสมาชิกในครอบครัวของผู้ลงทะเบียน ทหารด้วยจำนวนบุคคลทั้งหมดในครอบครัว)

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) ที่ดินแยกจากที่อยู่ออาศัย

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 ไม่ว่าจะมียุคคลอื่นเป็นเจ้าของรวมด้วยหรือไม่ก็ตาม ส่วนที่เป็นกรรมสิทธิ์ในที่ดินของผู้ลงทะเบียนและคู่สมรสแต่ละคนต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 25 ตารางวา กรณีผู้ลงทะเบียนและคู่สมรสเป็นเจ้าของที่ดินที่มีลักษณะเป็นบ้านเดี่ยว ทาวน์เฮาส์ ห้องแถว และตึกแถวร่วมกัน ไม่ว่าจะมียุคคลอื่นเป็นเจ้าของรวมด้วยหรือไม่ก็ตาม ส่วนที่เป็นกรรมสิทธิ์ในที่ดินของผู้ลงทะเบียนและคู่สมรส รวมกันต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 25 ตารางวา

1.1.2) กรณีผู้ลงทะเบียนและคู่สมรสเป็นเจ้าของห้องชุดแยกจากกัน ไม่ว่าจะมียุคคลอื่นเป็นเจ้าของรวมด้วยหรือไม่ก็ตาม ส่วนที่เป็นกรรมสิทธิในห้องชุดของผู้ลงทะเบียน และคู่สมรสแต่ละคนต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 35 ตารางเมตร กรณีผู้ลงทะเบียนและคู่สมรสเป็นเจ้าของห้องชุดร่วมกัน ไม่ว่าจะมียุคคลอื่นเป็นเจ้าของรวมด้วยหรือไม่ก็ตาม ส่วนที่เป็นกรรมสิทธิในห้องชุดของผู้ลงทะเบียนและคู่สมรสรวมกันต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 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

ในการให้ด้วยคำครั้งนี้ ข้าพเจ้ามิได้มีเจตนาทุจริตแต่อย่างใด และขอรับรองว่าด้วยคำดังกล่าวข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากปรากฏข้อเท็จจริงเป็นอย่างอื่นภายหลัง ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินคดีตามกฎหมายกับข้าพเจ้าได้ และยินยอมคืนเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและข้อมูลในบัตรประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้แก่หน่วยงานของรัฐและยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถามและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาจัดสรรสวัสดิการและหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินตามกฎหมายของรัฐ และหรือเพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้ถือว่าคู่ฉบับและบรรดาสำเนา ภาพถ่าย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสารที่ทำขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้าเช่นเดียวกัน

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความทั้งหมดแล้ว และขอรับรองว่าถูกต้อง เป็นความจริงทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(ลงชื่อ)ผู้รับรอง

(.....)

(.....)

วันที่ / /

ตำแหน่ง.....

วันที่ / /

หมายเหตุ : ผู้อำนวยเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน เป็นผู้ให้การรับรองผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ โดยผู้ยื่นคำขอและผู้รับรอง ต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน