

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลหินเหล็กไฟ

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

กองสวัสดิการสังคม โทรศัพท์ ๐๔๔- ๖๕๙-๑๘๕ ต่อ ๕

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

เดือนพฤศจิกายน ของทุกปี

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำร้อง

ด้วยระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๒ ดังนั้น จึงมีแนวทางปฏิบัติในการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ดังนี้

๑. ขั้นตอนการยื่นคำขอ

เทศบาลตำบลหินเหล็กไฟ ดำเนินการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแก่ผู้ที่มีอายุครบ

๖๐ ปี บริบูรณ์ ขึ้นไปในปีงบประมาณถัดไป ระหว่างวันที่ ๑ – ๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี ซึ่งผู้สูงอายุต้องมาด้วยตนเองหรือในกรณีที่มีความจำเป็นไม่สามารถมายื่นคำขอด้วยตนเองได้ ต้องมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็น

ผู้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนแทนได้ และต้องนำหลักฐานมาแสดงตน ดังนี้

- บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีการรูปถ่ายพร้อมสำเนา
- ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา

สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาหมู่บ้าน หรือสาขาย่อยหินเหล็กไฟ พร้อมสำเนา สำหรับในกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับผ่านธนาคาร

- หนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

กรณีย้ายที่อยู่ในกรณีผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพจากเทศบาลตำบลหินเหล็กไฟ ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่เทศบาล หรือ อบต. อื่น เทศบาลตำบลหินเหล็กไฟจะจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจนกว่าจะสิ้นสุดปีงบประมาณ หากมีความประสงค์จะรับเบี้ยยังชีพกับเทศบาลหรือ อบต. แห่งใหม่ ต้องไปลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่เทศบาล หรือ อบต. แห่งใหม่ก่อนสิ้นปีงบประมาณ

๒. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

- สัญชาติไทยและมีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านอยู่ในเขตเทศบาลตำบลหินเหล็กไฟ

- มีอายุ ๖๐ ปี บริบูรณ์ขึ้นไปในวันที่ ๑ ตุลาคม ของปีงบประมาณถัดไป เช่นผู้สูงอายุที่เกิดก่อน ๑ ตุลาคม ๒๕๔๘ มีสิทธิลงทะเบียนได้ระหว่างวันที่ ๑ – ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๗ โดยจะได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ คือตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๘ เป็นต้นไป (กรณีที่ทะเบียนราษฎรระบุเฉพาะปีเกิดให้ถือว่าบุคคลนั้นเกิดในวันที่ ๑ มกราคม ของปีนั้น)

- ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใด จากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นคนพิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงิน สงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘

ตัวอย่างเอกสาร

๑. ใบคำขอลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
๒. ใบมอบอำนาจ

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ เทศบาลตำบล หินเหล็กไฟ โทรศัพท์ ๐๔๔- ๖๕๙-๑๘๕ ต่อ ๕ หรือ เว็บไซต์ [http: www.hinlekfailocal.go.th](http://www.hinlekfailocal.go.th)

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ.....

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ลงทะเบียน
ชื่อ - สกุล (ผู้มอบอำนาจ).....เลขประจำตัวประชาชนผู้มอบอำนาจ
□-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่.....
.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

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

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่
.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล
.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์
.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□
สถานภาพสมรส □โสด □สมรส □หม้าย □หย่าร้าง □แยกกันอยู่ □อื่นๆ.....
รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ ☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....โดยวิธีดังต่อไปนี้(เลือก ๑ วิธี)
☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย () สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ สำเนาสมุดเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ บำเหน็จ
รายได้ หรือสวัสดิการเป็นรายได้จากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและขอรับรองว่า
ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

ลงชื่อ.....
(.....)

ลงชื่อ.....
(.....)

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบบัญชี ได้ตรวจคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว/..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□ แล้ว ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความคิดเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีตำบลหินเหล็กไฟ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)
คำสั่ง ☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่น..... (ลงชื่อ)..... (.....) นายกเทศมนตรีตำบลหินเหล็กไฟ วัน/เดือน/ปี.....	

ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยืนค้ำขอลงทะเลเบียนเก็บไว้

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.โดยจะ
ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.....ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.....ในอัตราแบบ
ขั้นบันได ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปที่อื่น (ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม
พ.ศ..... ถึงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ.....)จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายนทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....
เกี่ยวพันเป็น.....

เป็นผู้มีอำนาจ.....แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือน ข้าพเจ้า
ได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ /ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

หมายเหตุ ให้ผู้ยื่นคำขอลงลายมือชื่อด้วยตัวเอง หากไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ให้พิมพ์ลายนิ้วมือแทนพร้อม
แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจอย่างละ ๑
ฉบับ (ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาทุกฉบับ)

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ กองสวัสดิการสังคมเทศบาลตำบลหินเหล็กไฟ

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

กองสวัสดิการสังคม โทรศัพท์ ๐๔๔- ๖๕๙-๑๘๕ ต่อ ๕

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

เดือนพฤศจิกายน ของทุกปี

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำร้อง

ด้วยระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ย ความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ ดังนั้น จึงมีแนวทางปฏิบัติในการจ่ายเงินเบี้ยความพิการ ดังนี้

๑. ขั้นตอนการยื่นคำขอ

เทศบาลตำบลหินเหล็กไฟ ดำเนินการรับลงทะเบียนคนพิการเพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไป
ระหว่างวันที่ ๑ – ๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี ซึ่งคนพิการต้องมาด้วยตนเองโดยมีหลักฐานพร้อมสำเนาที่ผู้ขอรับเบี้ยความ
พิการลงลายมือชื่อรับรองความถูกต้อง ดังนี้

- บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการพร้อมสำเนา
- ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาคูเมือง หรือสาขาย่อยหินเหล็กไฟ

พร้อมสำเนา สำหรับในกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับผ่านธนาคาร

ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบธรรม คนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทน
โดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทน

สำหรับคนพิการกรณีอื่นๆ ซึ่งไม่อาจยื่นคำขอได้ด้วยตัวเองให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทนโดยให้ผู้ที่เชื่อถือได้รับรอง
สถานะของคนพิการ แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย

กรณีย้ายที่อยู่ ในกรณีคนพิการที่มีสิทธิรับเบี้ยความพิการจากเทศบาลตำบลหินเหล็กไฟ ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่
เทศบาล หรือ อบต. อื่น เทศบาลตำบลหินเหล็กไฟจะจ่ายเบี้ยความพิการจนกว่าจะสิ้นสุดปีงบประมาณหากมีความประสงค์
จะรับเบี้ยความพิการกับเทศบาลหรือ อบต. แห่งใหม่ ต้องไปลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการที่เทศบาล หรือ อบต.
แห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายน

๒. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ

ผู้มีสิทธิรับเบี้ยความพิการต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

- สัญชาติไทยและมีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านอยู่ในเขตเทศบาลตำบลหินเหล็กไฟ
- มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ตัวอย่างเอกสาร

๑. ใบคำขอลงทะเบียนรับเบี้ยความพิการ

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ เทศบาลตำบล
หินเหล็กไฟ โทรศัพท์ ๐๔๔- ๖๕๙-๑๘๕ ต่อ ๕ หรือ เว็บไซต์ <http://www.hinlekfailocal.go.th>

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ.....

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอแทนตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร ☐ ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ
ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐☐ ที่อยู่.....
โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

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

คำนำหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
ชื่อ.....นามสกุล.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน
เลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐-☐☐
ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการมองเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา
☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้
☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางออกัสติก
☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ.....
บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
☐ อื่นๆ (ระบุ)..... ☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....
☐ มีอาชีพ (ระบุ).....รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....บาท
☐ มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ.....

มีความประสงค์ขอรับเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)
☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ สำเนาสมุดเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับผ่านธนาคาร)
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้รับมอบอำนาจ
“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

ลงชื่อ.....
(.....)

ลงชื่อ.....
(.....)

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว/..... หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ - - - - แล้ว ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความคิดเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีตำบลหินเหล็กไฟ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)
--	--

ติดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.โดยจะได้รับเงิน
เบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.....ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.....ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ ภายใน
วันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปที่อื่น (ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคมพ.ศ..... ถึง

วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ.....)จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับความพิการ ณ องค์รปกครองส่วน
ท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายนทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน.....

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

๑. ที่พักอาศัย

☐ เป็นของตนเอง และมีลักษณะ ☐ ซ้ำรูดทรุดโทรม ☐ ซ้ำรูดทรุดโทรมบางส่วน ☐ มั่นคงถาวร
☐ เป็นของ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....
สามารถเดินทางได้ ☐ สะดวก ☐ ลำบาก เนื่องจาก.....
อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....
สามารถเดินทางได้ ☐ สะดวก ☐ ลำบาก เนื่องจาก.....
อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....
สามารถเดินทางได้ ☐ สะดวก ☐ ลำบาก เนื่องจาก.....

๓. การพักอาศัย

☐ อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....
☐ พักอาศัยกับ.....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.....โทรสาร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ กองสวัสดิการสังคมเทศบาลตำบลหินเหล็กไฟ

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

กองสวัสดิการสังคม โทรศัพท์ ๐๔๔- ๖๕๙-๑๘๕ ต่อ ๕

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำร้อง

ด้วยระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วย การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘ ดังนั้น จึงมีแนวทางปฏิบัติในการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ดังนี้

๑. ขั้นตอนการยื่นคำขอ

เทศบาลตำบลหินเหล็กไฟ ดำเนินการรับลงทะเบียนผู้ป่วยเอดส์เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยให้ผู้ป่วยเอดส์ต้องมาด้วยตนเองหรือในกรณีที่มีความจำเป็นไม่สามารถมาด้วยตนเองได้ ต้องมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้แก่ผู้อุปการะมายื่นคำขอแทนได้ โดยมีหลักฐานพร้อมสำเนาที่ผู้ขอรับเบี้ยยังชีพลงลายมือชื่อรับรองความถูกต้อง ดังนี้

- ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
 - บัตรประจำตัวประชาชน พร้อมสำเนา
 - ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา
 - สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทย สาขาคูเมือง พร้อมสำเนา สำหรับในกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ขอรับผ่านธนาคาร
 - หนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ
- กรณีย้ายที่อยู่** ในกรณีผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพจากเทศบาลตำบลหินเหล็กไฟ ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่เทศบาล หรือ อบต. อื่น เทศบาลตำบลหินเหล็กไฟจะจ่ายเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้ป่วยเอดส์ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนาเท่านั้น

๒. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ผู้ที่มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

- สัญชาติไทยและมีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านอยู่ในเขตเทศบาลตำบลหินเหล็กไฟ
- แพทย์ในสถานพยาบาลของรัฐรับรองยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

ตัวอย่างเอกสาร

๑. ใบคำขอรับการสงเคราะห์
๒. ใบมอบอำนาจ

การรับเรื่องร้องเรียน

หากการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ เทศบาลตำบล
หินเหล็กไฟ โทรศัพท์ ๐๔๔-๖๕๙-๑๘๕ ต่อ ๕ หรือ เว็บไซต์ <http://www.hinlekfaioal.go.th>

หนังสือแสดงสถานะการดำรงชีวิตอยู่เพื่อยืนยันสิทธิการรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียนนายกเทศมนตรีตำบลหินเหล็กไฟ

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว
เลขประจำตัวประชาชน ---- อายุ.....ปี เป็นผู้มิสที่รับ

☐ เที่ยยงชีพผู้สงอัยตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยงชีพผู้สงอัยขององคกรปกครองส่วนทองถิน พ.ศ.๒๕๕๒

☐ หมายความว่า การตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓

☐ เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘

ข้าพเจ้าขอแจ้งการแสดงตนต่อเทศบาลตำบลหินเหล็กไฟ เพื่อยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ ต่อไป โดยอาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดบุรีรัมย์ โทรศัพท์..... และมีความประสงค์ในการรับเงิน ดังนี้

☐ขอรับเงินสงเคราะห์เป็นเงินสดในนามตนเอง

☐ ขอรับเงินสงเคราะห์เป็นเงินสด โดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ ขอรับเงินสงเคราะห์ผ่านทางธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาคุณเมือง, สาขาซอยหินเหล็กไฟ (กรณีเงินนี้ยังชีพผู้สูงอายุและเบียดความพิการ) บัญชีออมทรัพย์เลขที่.....

☐ ขอรับเงินสงเคราะห์ผ่านทางธนาคารกรุงไทย สาขาคุณเมือง (กรณีเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ)

บัญชีออมทรัพย์เลขที่

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

.....ผู้รับเงินสงเคราะห์

(.....)