



คุ้มครอง

# สำหรับประชาชน

กฤษสวัสดิการสังคม

องค์กรบริหารส่วนตำบลลูกดنه

อำเภอนา góร จังหวัดหนองบัวลำภู

“พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานให้ก้าวหน้า  
ช้าวประชาอยู่ดี บริหารงานอย่างเต็มที่  
มีความโปร่งใส ใส่ใจสิ่งแวดล้อม  
น้อมนำเศรษฐกิจพอเพียง ๔



คู่มือสำหรับประชาชน  
กองสวัสดิการสังคม

จัดทำโดย  
กองสวัสดิการสังคม  
องค์การบริหารส่วนตำบลกุดแห่  
อำเภอ naklang จังหวัดหนองบัวลำภู

## คำนำ

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลกุดแห่ อำเภอนาแก้ง จังหวัดหนองบัวลำภู มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคม ในเขตตำบลกุดแห่ การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้น ให้เข้าถึงสิทธิประโยชน์อันพึงได้รับจากรัฐ รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการรับลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการและการยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ตลอดจนการดำเนินการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพ การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ดำเนินตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ การจ่ายเบี้ยความพิการ ดำเนินตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ย ความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๓ การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ดำเนินตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินส่งเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้อง มีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนซึ่งนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็ว ถูกต้องเกี่ยวกับการรับลงทะเบียนดังกล่าว รวมถึงความโปร่งใสในการปฏิบัติราชการเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงานในการให้บริการประชาชนเป็นมาตรฐานเดียวกัน และเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการต่อไป เทศบาลตำบลบัวสว่างจึงได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ และการยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ องค์การบริหารส่วนตำบลกุดแห่ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ประชาชนมีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนต่อไป

กองสวัสดิการสังคม  
องค์การบริหารส่วนตำบลกุดแห่

## สารบัญ

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

## เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

### คุณสมบัติของผู้มีสิทธิลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่มีสิทธิลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

(๑) มีสัญชาติไทย

(๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลกุดแห่ตามทะเบียนบ้าน

(๓) เป็นผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไปในปีงบประมาณถัดไป (ปัจจุบันอายุ ๕๙ ปีบริบูรณ์ และต้องเกิดก่อน ๑ ตุลาคม) สำหรับในการนี้ที่ในทะเบียนราษฎรไม่ปรากฏวันที่เดือนเกิด ให้ถือว่าบุคคลนั้นเกิดในวันที่ ๑ มกราคม ของปีนั้น

(๔) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นๆ ได้จากการหน่วยงานภาครัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นๆ ได้ในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์อย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๔

### คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต่อไปนี้

(๑) มีสัญชาติไทย

(๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลกุดแห่ตามทะเบียนบ้าน

(๓) มีอายุ ๖๐ ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่องค์กรบริหารส่วนตำบลกุดแห่

(๔) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นๆ ได้จากการหน่วยงานภาครัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นๆ ได้ในลักษณะเดียวกันผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์อย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการ และผู้ป่วยเอดส์ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๔

## เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยัง

ผู้สูงอายุหรือผู้รับมอบอำนาจที่จะมายื่นคำขอลงทะเบียนฯ ต้องเตรียมเอกสารหลักฐาน ดังนี้

(๑) บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาจำนวน ๑ ฉบับ

(๒) ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

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

(๔) หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ฉบับ

(๕) บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของรับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ฉบับ

**สำหรับผู้ต้องขังหรือจำคุกในเรือนจำ** ทัณฑสถานหรือสถานที่คุมขังของกรมราชทัณฑ์ ให้มอบอำนาจให้ผู้บัญชาการเรือนจำ ผู้อำนวยการทัณฑสถาน หรือเจ้าหน้าที่ที่ผู้บัญชาการเรือนจำมอบหมาย

ขอรับแบบคำขอลงทะเบียนผู้สูงอายุและยื่นเอกสารประกอบ ได้ที่

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลกุดแห่

สอบถามเพิ่มเติม โทร ๐๘๒-๓๑๕๕๖๙

### การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ

การกำหนดเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับในปีงบประมาณปัจจุบัน คิดในอัตราเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดแบบ "ขั้นบันได" หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วง ๆ หรือเป็นขั้นไปเรื่อย ๆ โดยเริ่มตั้งแต่ อายุ ๖๐ ปี โดยคำนวณตามปีงบประมาณมิใช่ปีปฏิทิน และไม่มีการเพิ่มของอายุระหว่างปี ดังนี้

ขั้น	ช่วงอายุ	จำนวนเงิน (บาท)
ขั้นที่ ๑	๖๐ - ๖๔ ปี	๖๐๐
ขั้นที่ ๒	๗๐ - ๗๔ ปี	๗๐๐
ขั้นที่ ๓	๘๐ - ๘๔ ปี	๘๐๐
ขั้นที่ ๔	๙๐ ปีขึ้นไป	๑,๐๐๐

## วิธีคำนวณอายุของผู้สูงอายุ

การนับอายุว่าจะอยู่ในขั้นที่เท่าไหร่ ให้นับ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน เท่านั้น เช่น

๑. นาง ก. เกิด ๓๐ กันยายน ๒๕๘๘ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๘๘ นาง ก. จะอายุ ๗๐ ปีหมายความว่า นาง ก. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๗๐๐ บาท ในเดือนตุลาคม ๒๕๘๘ (งบประมาณ๒๕๘๙)
๒. นาย ข. เกิด ๑ ตุลาคม ๒๕๘๘ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๘๘ นาย ข. จะอายุ ๖๙ ปีหมายความว่า นาย ข. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๖๐๐ บาท เท่าเดิม จนกว่าจะถึงรอบปีถัดไป

### การนับรอบปีงบประมาณ คือ ๑ ตุลาคม - ๓๐ กันยายน เช่น

- ปีงบประมาณ ๒๕๘๙ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๘๘ - ๓๐ กันยายน ๒๕๘๙
- ปีงบประมาณ ๒๕๙ - จะเริ่มตั้งแต่ ๓ ตุลาคม ๒๕๘๘ - ๓๐ กันยายน ๒๕๙๐
- ปีงบประมาณ ๒๕๙๑ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๙๐ - ๓๐ กันยายน ๒๕๙๑

## การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

กรมบัญชีกลาง จะดำเนินการเบิก-จ่ายให้กับผู้สูงอายุที่มาลงทะเบียนไว้แล้ว ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน โดยการโอนเข้าบัญชีธนาคารตามที่ผู้สูงอายุได้แจ้งความประสงค์ไว้กับองค์กรบริหารส่วน ตำบลกุดแท่น

## การสื้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

สิทธิของผู้ที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพจะสื้นสุดลงในกรณี ดังต่อไปนี้

(๑) ตาย

(๒) ย้ายภูมิลำเนาไปออกเขตตำบลกุดแท่น

(๓) แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ดังนี้

(๑) มีสัญชาติไทย

(๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามที่เป็นบ้าน

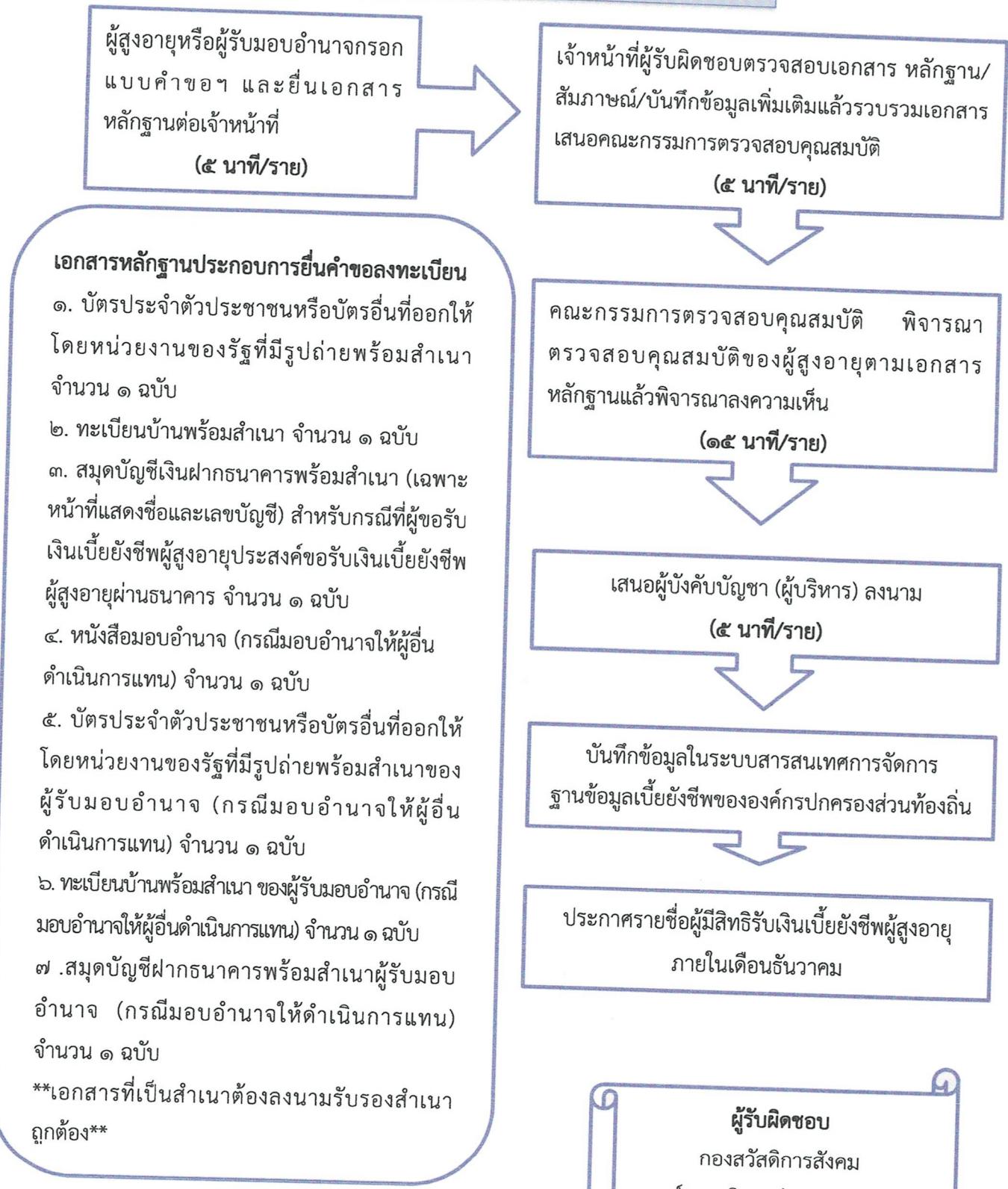
(๓) มีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(๔) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นๆ ให้จากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานะเศรษฐีของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ได้รับเงินเดือน คำตوبแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ

## **หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ**

กรณีมีภาระดูแลบุตรหลาน ผู้สูงอายุหรือผู้ได้รับมอบอำนาจต้องไปลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งท้องถิ่นในเดือนพฤษจิกายนของปีนั้นๆ และแจ้งข้อมูลให้องค์การบริหารส่วนตำบลทราบ

## แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติงาน (การรับลงทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ)



รวมระยะเวลาในการดำเนินการรวม ๓๐ นาที

หมายเหตุ รับลงทะเบียนภายในวันที่ ๓๐ พฤษภาคมของทุกปี

ตารางแสดงขั้นตอนการปฏิบัติงาน  
(การรับลงทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ)

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

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม ๓๐ นาที

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอลงทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

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

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

ช่องทางการติดต่อ

องค์กรบริหารส่วนตำบลกุดแท่ กองสวัสดิการสังคม โทร.๐๘๒-๓๑๕๙๖๙ หรือ  
ช่องทางเพจ facebook องค์กรบริหารส่วนตำบลกุดแท่ หรือ เว็บไซต์ [www.kudhae.go.th](http://www.kudhae.go.th)

## เบี้ยยังชีพความพิการ

### คุณสมบัติของผู้มีสิทธิลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ

คนพิการที่มีสิทธิลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

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

### คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการ

คนพิการที่มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

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

### เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอลงทะเบียน

คนพิการหรือผู้รับมอบอำนาจที่จะมายื่นคำขอลงทะเบียนฯ ต้องเตรียมเอกสารหลักฐาน ดังนี้

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

## การสื้นสุดการรับเบี้ยยังชีพความพิการ

สิทธิของผู้ที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการจะสิ้นสุดลงในกรณี ดังต่อไปนี้

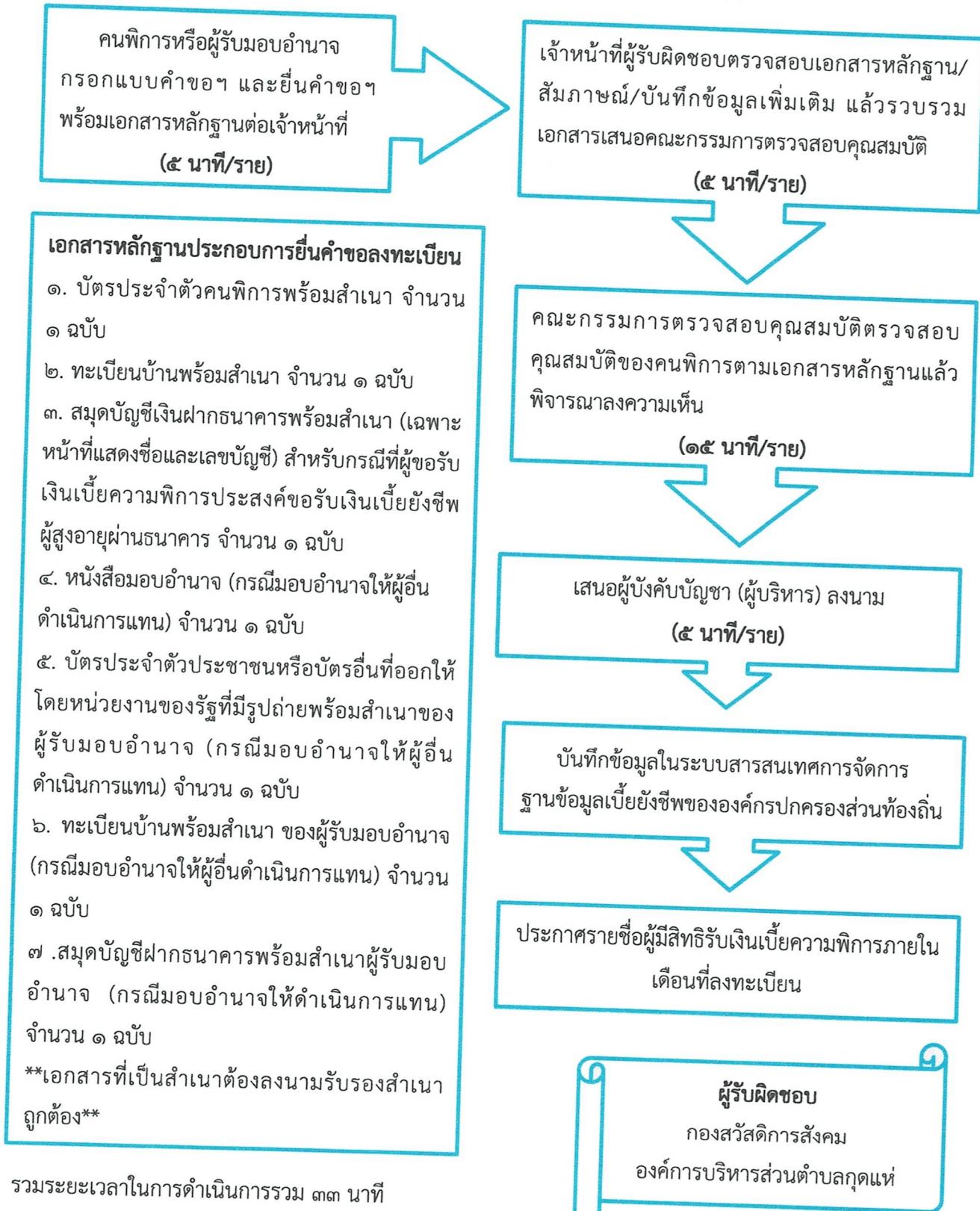
- (๑) ตาย
- (๒) ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตตำบลกุดแห่
- (๓) แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยความพิการเป็นหนังสือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการ
- (๔) ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.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

## หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพความพิการ

กรณีย้ายภูมิลำเนา ผู้พิการหรือผู้ได้รับมอบอำนาจจากต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพความพิการที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ในเดือนถัดไป และแจ้งข้อมูลให้องค์กรบริหารส่วน ตำบลกุดแห่รับทราบ

เบี้ยยังชีพความพิการ ๘๐๐/เดือน จะจ่ายให้ผู้มีสิทธิภายในวันที่ ๑๐ ของเดือน

**แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติงาน  
(การรับลงทะเบียนเบี้ยความพิการ)**



**ตารางแสดงขั้นตอนการปฏิบัติงาน  
(การรับลงทะเบียนเบี้ยความพิการ)**

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

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม ๓๐ นาที

**เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอลงทะเบียนเบี้ยความพิการ**

- ๑. บัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
- ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
- ๓. สมุดบัญชีฝ่ายธนาคารพร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- ๔. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ฉบับ
- ๕. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)
- ๖. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)
- ๗. สมุดบัญชีฝ่ายธนาคารพร้อมสำเนาผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ฉบับ

**ค่าธรรมเนียม**

ไม่มีค่าธรรมเนียม

**ช่องทางการติดต่อ**

องค์การบริหารส่วนตำบลกุดแห่ กองสวัสดิการสังคม โทร.๐๘๒-๓๑๕๕๖๙ หรือ

ช่องทางเพจ facebook องค์การบริหารส่วนตำบลกุดแห่ หรือ เว็บไซต์ [www.kudhae.go.th](http://www.kudhae.go.th)

## เงินสงเคราะห์ผู้ป่วย

### คุณสมบัติของผู้มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิลงทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีคุณสมบัติดังนี้

(๑) เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว

(๒) มีภูมิคุ้มกันอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลกุดแท่น

(๓) มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทรุดหนา ยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ เป็นผู้ได้รับการพิจารณา ก่อน

### คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ป่วย

(๑) เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว

(๒) มีภูมิคุ้มกันอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลกุดแท่น

(๓) มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกลทรุดหนา ยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ เป็นผู้ได้รับการพิจารณา ก่อน

### เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอลงทะเบียนสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ผู้ป่วยเอดส์หรือผู้รับมอบอำนาจที่มายื่นคำร้อง ต้องเตรียมเอกสารหลักฐาน ดังนี้

(๑) ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ที่ระบุว่าป่วยเป็นโรคเอดส์

(๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

(๓) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

(๔) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร กรณีขอรับเงินผ่านธนาคาร จำนวน ๑ ฉบับ

(๕) หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ฉบับ

(๖) บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ชุด

๗. สมุดบัญชีฝากธนาคารพร้อมสำเนาผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)  
จำนวน ๑ ฉบับ

## **การสื้นสุดการรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์**

สิทธิของผู้ได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์จะสื้นสุดลงในกรณีดังต่อไปนี้

- (๑) ถึงแก่กรรม
- (๒) ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตเทศบาลตำบลบัวสว่าง
- (๓) แจ้งஸະສິທີກາຮອບຮັບເງິນເບີຍຢັ້ງຊື່ຜູ້ປ່ວຍເອດສີເປັນໜັງສືວົດທີ່ຕໍ່ອົງຄ່າການປົກປອງສ່ວນທ້ອງຄືນທີ່ຕຸນມີສິຫຼືດີ່ຮັບເງິນເບີຍຜູ້ປ່ວຍເອດສີ
- (๔) ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ວ່າດ້ວຍກາຈ່າຍເງິນສົງເຄຣະທີ່ເພື່ອກາຮັບເງິນຂອງອົງຄ່າການປົກປອງສ່ວນທ້ອງຄືນ พ.ศ. ๒๕๔๘ ດັ່ງນີ້
  ๑. ມີກຸມີລຳນາຍຸໃນເບີຍທີ່ອົງຄ່າການປົກປອງສ່ວນທ້ອງຄືນ
  ๒. ມີຮາຍໄດ້ໄມ່ເພີ່ງພອແກ່ກາຮັບເງິນ ຮີ້ອຄູກທອດທັ້ງ ຮີ້ອຫາດຜູ້ອຸປະກະເລື້ອງດູ ຮີ້ອໄມ່ສາມາດປະກອບອາຊີ່ພເລື້ອງຕົນເອງໄດ້

ເງິນສົງເຄຣະທີ່ຜູ້ປ່ວຍເອດສີ ៥๐๐/ເດືອນ ຈະຈ່າຍໄທຜູ້ມີສິຫຼືກາຍໃນວັນທີ ๑๐ ຂອງເດືອນ

**แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติงาน  
(การขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์)**

ผู้ป่วยเอดส์หรือผู้รับมอบอำนาจ  
กรอกแบบคำขอฯ และยื่นคำขอฯ  
พร้อมเอกสารหลักฐานต่อเจ้าหน้าที่  
(๑๕ นาที/ราย)

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบตรวจสอบเอกสารหลักฐาน/  
สัมภาษณ์/บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม  
(๑๕ นาที/ราย)

**เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอรับการ  
สงเคราะห์**

- (๑) ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาล  
ของรัฐ ที่ระบุว่าป่วยเป็นโรคเอดส์
  - (๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
  - (๓) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
  - (๔) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร กรณิชอ้วน  
เงินฝากธนาคาร จำนวน ๑ ฉบับ
  - (๕) หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่น  
ดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ฉบับ
  - (๖) บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้  
โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของ  
ผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่น  
ดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ชุด
  - ๗. สมุดบัญชีฝากธนาคารพร้อมสำเนาผู้รับมอบ  
อำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)  
จำนวน ๑ ฉบับ
- \*\*เอกสารที่เป็นสำเนาต้องลงนามรับรองสำเนา  
ถูกต้อง\*\*

เจ้าหน้าที่ออกตรวจสอบความเป็นอยู่ผู้ป่วยเอดส์  
(๕ วัน/ราย)

เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร) ลงนาม  
(๕ วัน/ราย)

บันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศการจัดการ  
ฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการภายใน  
เดือนที่ลงทะเบียน

ผู้รับผิดชอบ  
กองสวัสดิการสังคม  
องค์การบริหารส่วนตำบลลกุดแห่

รวมระยะเวลาในการดำเนินการรวม ๑๐ วัน ๓๐ นาที

**ตารางแสดงขั้นตอนการปฏิบัติงาน**  
**(การลงทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์)**

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์หรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องของลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ	๑๕ นาที	กองสวัสดิการสังคม
๒	การพิจารณา	ออกใบเนัดหมายตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติ	๑๕ นาที	กองสวัสดิการสังคม
๓	การพิจารณา	ตรวจสอบความเป็นอยู่และคุณสมบัติผู้ประสงค์รับการสงเคราะห์	๕ วัน	
๔	การพิจารณา	จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณา	๓ วัน	
๕	การพิจารณา	พิจารณาอนุมัติ	๒ วัน	

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม ๑๐ วัน ๓๐ นาที

**เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอลงทะเบียนขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์**

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

**ค่าธรรมเนียม**

ไม่มีค่าธรรมเนียม

**ช่องทางการติดต่อ**

องค์การบริหารส่วนตำบลกุดแท่ กองสวัสดิการสังคม โทร.๐๘๒-๓๑๕๔๖๙ หรือ

ช่องทางเพจ facebook องค์การบริหารส่วนตำบลกุดแท่ หรือ เว็บไซต์ [www.kudhae.go.th](http://www.kudhae.go.th)

### ๓. เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

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

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

#### คุณสมบัติเด็กแรกเกิดที่มีสิทธิ

- ๑) มีสัญชาติไทย (พ่อแม่มีสัญชาติไทย หรือพ่อหรือแม่มีสัญชาติไทย)
- ๒) เกิดตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๘ เป็นต้นไป จนถึงอายุครบ ๖ ปี
- ๓) อาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย
- ๔) ไม่อยู่ในสถานะส่งเคราะห์ของหน่วยงานของรัฐ หรือเอกสาร

#### คุณสมบัติผู้ปกครองที่มีสิทธิลงทะเบียน

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

**หมายเหตุ :** มาตราที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ยังไม่ต้องมายื่นคำร้องของลงทะเบียน ขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

## เอกสารประกอบการยื่นคำขอลงทะเบียนขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

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

เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ๖๐๐/เดือน จะจ่ายให้ผู้มีสิทธิภายในวันที่ ๑๐ ของเดือน

**แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติงาน**  
**(การรับลงทะเบียนขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด)**

ผู้ขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด กรอกแบบคำขอฯ

(๑๕ นาที/ราย)

ผู้ขอรับสิทธิฯ ยื่นคำขอฯ พร้อมเอกสารหลักฐานต่อผู้รับรองเพื่อตรวจสอบสถานะครัวเรือน และลงนามรับรองในเอกสารรับรองสถานะครัวเรือน

(๒๐ นาที/ราย)

**เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอลงทะเบียน**

- ๑) แบบคำร้องของลงทะเบียน (ดร.๐๑)
- ๒) แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒)
- ๓) บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง
- ๔) สูติบัตรเด็กแรกเกิด
- ๕) สมุดบัญชีเงินฝากของผู้ปกครอง (บัญชีออมทรัพย์ธนาคารกรุงไทย บัญชีเงินฝากเพื่อเรียกธนาคารออมสิน หรือบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตรอย่างได้อย่างหนึ่งเท่านั้น)
- ๖) สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (เฉพาะหน้าที่ ๑ ที่มีชื่อของหญิงตั้งครรภ์)
- ๗) กรณีที่ผู้ยื่นคำร้องของลงทะเบียนและสมาชิกในครัวเรือนของผู้ยื่นคำร้องของลงทะเบียนเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือ พนักงานบริษัท ต้องมีเอกสารใบรับรองเงินเดือน หรือหนังสือรับรองรายได้ของทุกคนที่มีรายได้ประจำ
- ๘) สำเนาเอกสาร หรือบัตรข้าราชการ เจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่ง หรือเอกสารอื่นใดที่แสดงตนของผู้รับรองคนที่ ๑ และผู้รับรองคนที่ ๒

\*\*เอกสารที่เป็นสำเนาต้องลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง\*\*

ผู้ขอรับสิทธิฯ ยื่นเอกสารต่อ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบตรวจสอบเอกสารหลักฐาน/สัมภาษณ์/บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม และออกใบยืนยันการลงทะเบียนให้กับผู้มีสิทธิฯ

(๕ นาที/ราย)

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบบันทึกข้อมูลเบื้องต้นหรือข้อมูลแบบย่อในระบบฐานข้อมูล CSG

(๕ นาที/ราย)

อบต.กุดแห่ ประกาศรายชื่อผู้ขอรับสิทธิ์ทุกๆ สิ้นเดือน และลงประกาศเป็นเวลา ๑๕ วัน

อบต.กุดแห่ ส่งเอกสารให้ พมจ.หนอนบัวลำภู

ผู้รับผิดชอบ

กองสวัสดิการสังคม

องค์การบริหารส่วนตำบลกุดแห่

รวมระยะเวลาในการดำเนินการรวม ๔๕ นาที/ราย

คู่มือสำหรับประชาชน กองสวัสดิการสังคม

**ตารางแสดงขั้นตอนการปฏิบัติงาน**  
**(การรับลงทะเบียนขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด)**

ที่	ประเภท ขั้นตอน	รายละเอียดขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลา ให้บริการ	หน่วยงานที่ รับผิดชอบ
๑	การตรวจสอบ เอกสาร	ผู้ขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็ก แรก เกิด กรอกแบบคำขอฯ และยื่นเอกสาร ต่อ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ	๑๕ นาที	กองสวัสดิการสังคม
๒	การพิจารณา	ขอรับสิทธิฯ ยื่นคำขอฯ พร้อมเอกสาร หลักฐานต่อ ผู้รับรองสถานะครัวเรือนเพื่อ <sup>1</sup> ตรวจสอบสถานะครัวเรือน และลงนาม รับรองในเอกสารรับรองสถานะครัวเรือน	๒๐ นาที	ผู้รับรองสถานะ ครัวเรือน <sup>2</sup> ๑. กำนัน/ ผู้ใหญ่บ้าน/ ผู้ช่วย ผู้ใหญ่บ้าน ๒. อสม./อพม. ประจำ หมู่บ้าน
๓	การตรวจสอบ เอกสาร	เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบตรวจสอบเอกสาร หลักฐาน/สัญญาณ/บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม <sup>3</sup> และออกใบยืนยันการลงทะเบียนให้กับผู้มี สิทธิฯ	๕ นาที	กองสวัสดิการสังคม
๔	การพิจารณา	เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบบันทึกข้อมูลเบื้องต้น <sup>4</sup> หรือข้อมูลแบบย่อในระบบฐานข้อมูล CSG	๕ นาที	กองสวัสดิการสังคม
๕	การประกาศ	อบต.กุดแท่่ะ ประกาศรายชื่อผู้ขอรับสิทธิ์ทุกๆ สัปดาห์ ลงประกาศเป็นเวลา ๑๕ วัน	๕ วัน	กองสวัสดิการสังคม

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม ๔๕ นาที/ราย

**เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอลงทะเบียนผู้ขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด**

- ๑) แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.๐๑)
- ๒) แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒)
- ๓) บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง
- ๔) สูติบัตรเด็กแรกเกิด
- ๕) สมุดบัญชีเงินฝากของผู้ปกครอง (บัญชีออมทรัพย์ธนาคารกรุงไทย บัญชีเงินฝากเพื่อเรียก  
ธนาคารออมสิน หรือบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร อย่างใดอย่าง  
หนึ่งเท่านั้น)
- ๖) สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (เฉพาะหน้าที่ ๑ ที่มีชื่อของหญิงตั้งครรภ์) ในกรณีที่สมุด  
สูญหายให้ใช้เฉพาะหน้าที่ ๑ พร้อมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูล และรับรองสำเนา

๗) กรณีที่ผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนและสมาชิกในครัวเรือนของผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท ต้องมีเอกสารใบรับรองเงินเดือน หรือหนังสือรับรองรายได้ของทุกคนที่มีรายได้ประจำ (สลิปเงินเดือน หรือเอกสารหลักฐานที่นายจ้างลงนาม)

๘) สำเนาเอกสาร หรือบัตรข้าราชการ เจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่ง หรือเอกสารอื่นใดที่แสดงตนของผู้รับรองคนที่ ๑ และผู้รับรองคนที่ ๒

### ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

### ช่องทางการติดต่อ

องค์การบริหารส่วนตำบลกุดแห่ กองสวัสดิการสังคม โทร.๐๔๒-๓๑๕๔๖๙ หรือ

ช่องทางเพจ facebook องค์การบริหารส่วนตำบลกุดแห่ หรือ เว็บไซต์ [www.kudhae.go.th](http://www.kudhae.go.th)

# ภาคผนวก

## แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมีภาระค่าใช้จ่ายอื่นมาแล้วต้องขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น..... กับผู้สูงอายุที่ของลงทะเบียน  
 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..... มีเชื้อสายในสำเนาทะเบียน

บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่/ชุมชน..... ต路口/ ซอย ..... ถนน..... ตำบล.....

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

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

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

รายได้ต่อเดือน..... บาท อาชีพ.....

## ข้อมูลที่นำไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

- ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ     ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์  
 ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยค่านพิการ     ย้ายภูมิลำเนาเข้ามายังใหม่ เมื่อ .....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> รับเงินสดด้วยตนเอง                       | <input type="checkbox"/> รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ                   |
| <input type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ | <input type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ |
- พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย  สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)
- หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีภาระค่าใช้จ่ายและผู้รับมอบอำนาจ
- สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคาร ..... บัญชีเลขที่..... ชื่อบัญชี.....

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เยี้ยงหัวด้วยกัน บำนาญพิเศษ บำเหน็จรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าว ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและข้าพเจ้ายินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ) .....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยืนยันคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขัดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการ勾 และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

<p><b>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</b></p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นางสาว/ ..... หมายเลขอัตรประจําตัวประชาชน <b>□-□□□□□-□□□□□□-□□-□</b> แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก .....  (ลงชื่อ) ..... ( นางสาวทับทิม ยอดบุพรา ) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p><b>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</b></p> <p>เรียน นายก เทศมorchรี/อบต. ..... ถูกด้วย ..... คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มี ความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) ..... ( นายศุภวิชญ์ ยพันธ์ )</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) ..... ( นายบุญจันทร์ โพธิ์ศักดิ์ )</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) ..... ( นายคำพา คำแหงผล )</p>
<p><b>คำสั่ง</b></p> <p><input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ ..... ..... (ลงชื่อ) ..... ( นายวีระ สีมี ) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลกุดแห่ วัน/เดือน/ปี ...../...../ ๒๕.....</p>	

ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยืนคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วน และตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน **ในอัตราแรกทันที ก咽ในวันที่ ๑๐ พฤษภาคมเดือน พฤษภาคม** โดยจะมีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ในอัตราเดือนละ ..... บาท ตั้งแต่เดือน ..... พ.ศ. ..... เป็นต้นไป กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนา ไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียน ยื่นคำขอในรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ท้องที่กรุงเทพมหานครของตนแทนเพื่อใหม่ภายในเดือนกันยายนของปีนั้น และให้มีแสดงตนการ ดำเนินชีวิตอยู่ เพื่อยืนยันสิทธิการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในเดือน กันยายน ปี๒๕๖๓ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อที่ นางสาวทับทิม ยอดบุพรา ตำแหน่งเจ้าพนักงานพัฒนาชุมชน โทร ๐๘๓-๓๗๑๔๙๖๔ และ นางสาวลดา วงศ์ ผู้อำนวยการ กองสวัสดิการสังคม โทร ๐๖๓-๖๖๓๕๕๗๗

(ลงชื่อ) .....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจที่ยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หนังสือมอบอำนาจ  
เพื่อการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และเบี้ยความพิการ

ที่.....

วันที่.....เดือน ..... พ.ศ. ๒๕๖๔

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) .....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ..... อายุบ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ .....

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

เบอร์โทรศัพท์ .....

ขอมอบอำนาจให้ (นาย, นาง, นางสาว) .....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ..... อายุบ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ .....

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

เบอร์โทรศัพท์ .....

เกี่ยวพันเป็น ..... เพื่อดำเนินการ

( ) ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/พิการ/ผู้ป่วยความพิการ

( ) เป็นผู้มีอำนาจในการ  รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  รับเงินเบี้ยความพิการ

แทนข้าพเจ้า โดยจ่ายให้ผู้รับมอบอำนาจโอนเข้าบัญชีเงินฝากของผู้รับมอบอำนาจ

ธนาคาร ..... สาขา .....

ชื่อบัญชี ..... เลขที่บัญชี .....

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไปจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง ห้ามในขณะที่ข้าพเจ้ามีชีวิตและเสียชีวิตแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เมื่อฉันฯ ทราบแล้ว  
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....  
ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....  
ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ  
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น  บิดา - มารดา  บุตร  สามี-ภรรยา  พี่น้อง  ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ  
ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ) .....

เลขประจำตัวประชาชน ---- ที่อยู่ ..... โทรศัพท์ .....

### ข้อมูลคนพิการ

เข็มพท. ....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

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

ชื่อ ..... นามสกุล.....

เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ..... อายุ ..... ปี สัญชาติ ..... มีชื่อยูในสำเนาทะเบียนบ้าน เลขที่ .....

หมู่ที่ ..... ซอย/ ซอย ..... ถนน ..... หมู่บ้าน/ชุมชน ..... ตำบล .....

อำเภอ ..... จังหวัด ..... หนองบัวลำภู ..... รหัสไปรษณีย์ ..... ๓๗๑๗๐ ..... โทรศัพท์ .....

หมายเลขอับตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ ---

ประเภทความพิการ  ความพิการทางการเห็น  ความพิการทางสติปัญญา

ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย  ความพิการทางการเรียนรู้

ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย  ความพิการทางอวัยวิดี

ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส  โสด  สมรส  หม้าย  หย่าร้าง  แยกกันอยู่  อื่น ๆ .....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ .....

โทรศัพท์ .....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ  ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ  เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่เมื่อ .....

ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์  อื่นๆ(ระบุ) .....

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

มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ .....

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

รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล  
ธนาคาร ..... สาขา ..... รหัสสาขา ..... เลขที่บัญชี ---

### พร้อมแนบทอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ  สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอ แทน)  
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

หมายเหตุ : ให้ขึ้นมาข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

<p><b>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</b></p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ .....</p> <p>หมายเลขอับตรประจำตัวประชาชน <b>□-□□□□□-□□□□□□-□□-□</b> และ</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก .....</p> <p>(ลงชื่อ) ..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p><b>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</b></p> <p>เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลกุดแห่ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน</p> <p>(ลงชื่อ) ..... กรรมการ ( นายศุภวิชญ์ ยaphanw )</p> <p>(ลงชื่อ) ..... กรรมการ ( นายบุญจันทร์ โพธิ์คานแสง )</p> <p>(ลงชื่อ) ..... ประธานกรรมการ ( นายคำพา คำแหงผล )</p>
---	--

<p><b>คำสั่ง</b></p> <p><input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ) ..... ( นายวีระ สีมี )</p> <p>นายกองค์การบริหารส่วนตำบลกุดแห่ วัน/เดือน/ปี .....</p>
--

ตัดตามรอยประทับคนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

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

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

หนังสือมอบอำนาจ  
เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และเบี้ยความพิการ

ที่.....

วันที่.....เดือน ..... พ.ศ. ๒๕๖๔

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) .....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ..... อายุบ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ .....

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

เบอร์โทรศัพท์ .....

ขอมอบอำนาจให้ (นาย, นาง, นางสาว) .....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ..... อายุบ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ .....

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

เบอร์โทรศัพท์ .....

เกี่ยวพันเป็น ..... เพื่อดำเนินการ

( ) ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/พิการ/ผู้ป่วยความพิการ

( ) เป็นผู้มีอำนาจในการ  รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  รับเงินเบี้ยความพิการ

แทนข้าพเจ้า โดยจ่ายให้ผู้รับมอบอำนาจโอนเข้าบัญชีเงินฝากของผู้รับมอบอำนาจ

ธนาคาร ..... สาขา .....

ชื่อบัญชี ..... เลขที่บัญชี .....

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไปจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งในขณะที่ข้าพเจ้ามีชีวิตและเสียชีวิตแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่า ข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อน้ำพยาณแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

## แบบคำขอรับการลงทะเบียนผู้ป่วยเอดส์

เขียนที่

วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

เรียน \_\_\_\_\_

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

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

หมู่ที่/ชุมชน ..... ต路口/ซอย ..... ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ .....

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เป็นเอดส์ที่ยื่นคำขอ □-□□□□□-□□□□□□□-□□-

ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

## ๑. ที่พักอาศัย

( ) เป็นของตนเองและมีลักษณะ ( ) ชำรุดทรุดโทรม ( ) ชำรุดทรุดโทรมบางส่วน ( ) มั่นคงถาวรสาว

( ) เป็นของ ..... เกี่ยวข้องเป็น .....

๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุด เป็นระยะทาง ..... สามารถเดินทางได้

( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก .....

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง ..... สามารถเดินทางได้

( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก .....

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง ..... สามารถเดินทางได้

( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก .....

## ๓. การพักอาศัย

( ) อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก .....

( ) พักอาศัย ..... รวม ..... คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน ..... คน

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

## ๔. รายได้ - รายจ่าย

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

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า .....

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

ถนน ..... ต路口/ซอย ..... หมู่ที่ ..... ตำบล ..... อำเภอ .....

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ผู้ให้ถ้อยคำ  
(.....)

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่ \_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

เรียน \_\_\_\_\_

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ ..... นามสกุล.....  
เป็นผู้มีสิทธิ์ได้รับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ..... ลำดับที่ ..... นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

- รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ์  
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ์  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจ  
จากผู้มีสิทธิ์

บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

บัญชีเลขที่..... ชื่อบัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

## หนังสือมอบอำนาจ

เจียนที่ \_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

เรียน \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้า ..... ขอมอบอำนาจให้ .....  
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ..... อายุบ้านเลขที่ ..... ถนน .....  
ตรอก/ซอย ..... หมู่ที่ ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....  
รหัสไปรษณีย์ ..... เบอร์โทรศัพท์ ..... โทรศาร .....  
เกี่ยวพันเป็น ..... เป็นผู้มีอำนาจกระทำแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้  
และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำการทุกประการ

( ) แจ้งความประสงค์ขอรับการลงทะเบียนสิ่งเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

( ) แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสิ่งเคราะห์

โดยให้จ่ายให้แก่ \_\_\_\_\_

( ) เป็นเงินสด

( ) โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร ..... สาขา \_\_\_\_\_

( ) แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสิ่งเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)



แบบคำร้องของทะเบียน  
เพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ปีงบประมาณ .....

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

1. ข้อมูลผู้ลงทะเบียน  เป็นผู้ลงทะเบียนตามโครงการเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ  
 1.1  บิดา  มารดา  ผู้ปกครอง ความสัมพันธ์กับเด็กแรกเกิด ระบุ.....  
 1.2  เด็กชาย  เด็กหญิง  นาย  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  เชื้อที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  
 บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... อาคาร/ตึก ..... ชั้น ..... เลขที่ห้อง ..... หมู่บ้าน.....  
 ตรอก/ซอย ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....  
 อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์      
 โทรศัพท์บ้าน  -   -   โทรศัพท์มือถือ  -   -    
 1.8 อาชีพ  ไม่ได้ประกอบอาชีพ  ประกอบอาชีพ ระบุ.....  
 1.9 การศึกษา  ไม่ได้รับการศึกษา  กำลังศึกษา.....  
 จบการศึกษา (สูงสุด).....

**2. ข้อมูลเด็ก (ตามสูติบัตร)**

- 2.1 ชื่อ - นามสกุล  เด็กชาย  เด็กหญิง .....  
 2.2 เลขประจำตัวประชาชน  -    -    -    
 2.3 เกิดเมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
**ข้อมูลมารดา**  
 2.4  เด็กหญิง  นาง  นางสาว .....  
 2.5 เลขประจำตัวประชาชน  -    -    -    
 2.6 อายุ ..... ปี 2.7 สัญชาติ.....  
 2.8 อาชีพ  ไม่ได้ประกอบอาชีพ  ประกอบอาชีพ ระบุ.....  
 2.9 การศึกษา  ไม่ได้รับการศึกษา  กำลังศึกษา .....  จบการศึกษา (สูงสุด).....

**ข้อมูลบิดา**

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

3. ช่องทางการรับเงินอุดหนุน (เลือกเพียง 1 ธนาคาร)

- ธนาคารกรุงไทย ประเทศไทย ออมทรัพย์  ธนาคาร รภส. ประเทศไทย ออมทรัพย์  ธนาคารออมสิน ประเทศไทย อิจฉาฝากเพื่อเรียกชื่อบัญชี.....

4. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียนดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- 4.1 แบบคำร้องของลงทะเบียน (ดร.01)
- 4.2 แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.02)
- 4.3 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง
- 4.4 สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
- 4.5 สำเนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (เฉพาะหน้าที่ปรากฏชื่อหญิงตั้งครรภ์)
 

ในกรณีที่สมุดสุขภาพให้ใช้สำเนาหน้า 1 ประวัติหญิงตั้งครรภ์พร้อมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูล และรับรองสำเนา
- 4.6 สำเนาหน้าแรกของสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด  
(ธนาคารกรุงไทย หรือธนาคารออมสิน หรือธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร)
- 4.7 หนังสือรับรองรายได้หรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่มีรายได้ประจำเป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท) จำนวน.....ใน
- 4.8 สำเนาเอกสาร หรือบัตรประจำการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรองคนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ได้ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ยินยอมให้นำข้อมูลในบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อตรวจสอบสถานะบุคคลในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร ข้อมูลทางการเงินและทรัพย์สิน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินในส่วนที่รับไปโดยไม่มีสิทธิ หรือยินยอมให้หักจากสวัสดิการอื่น หรือหักจากบัญชีเงินฝากธนาคารของข้าพเจ้าได้ในการนี้ข้าพเจ้ายินตัวรับข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็กผ่านช่องทางต่าง ๆ

(ลงชื่อ).....**ผู้ลงทะเบียน** (ลงชื่อ).....**ผู้รับลงทะเบียน**  
 (.....) ..... (.....) .....  
 วันที่ลงลงทะเบียน..... ตำแหน่ง.....  
 วันที่ลงลงทะเบียน.....  
 .....ตัดตามรอยปู.....

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. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียนดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- แบบคำร้องของลงทะเบียน (ดร.01)
- แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.02)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง
- สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
- สำเนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (เฉพาะหน้าที่ปรากฏชื่อหญิงตั้งครรภ์)
 

ในกรณีที่สมุดสุขภาพให้ใช้สำเนาหน้า 1 ประวัติหญิงตั้งครรภ์พร้อมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูล และรับรองสำเนา
- สำเนาหน้าแรกของสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด  
(ธนาคารกรุงไทย ธนาคารออมสิน ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร)
- หนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท หรือผู้มีรายได้ประจำ) จำนวน.....ใน
- สำเนาเอกสาร หรือบัตรประจำการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรอง คนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2

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



## แบบรับรองสถานะของครัวเรือน ตารางแสดงจำนวนสมาชิกและรายได้ของครัวเรือน

## ส่วนที่ 1 : ผู้ลงทะเบียน

ข้อมูลสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่จริงของผู้ลงทะเบียน

(กรณีต่างด้าวที่มีบัตรประจำตัวซึ่งไม่มีสัญชาติไทย) สามารถกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มได้

จำนวนสมาชิกของครัวเรือนทั้งหมด คน (นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย)

รายได้รวมของครัวเรือน ..... บาท/ปี รายได้เฉลี่ยสมาชิกของครัวเรือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายชื่อที่ปรากฏข้างต้น เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่ติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 180 วัน ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และสถานะของครัวเรือนของข้าพเจ้าเมื่อคำนวนแล้วมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง และยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถาม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ในบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้า หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตรงความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ระงับสวัสดิการและปรอยืนยันอีก 1 รวมทั้งคืนเงินที่ได้รับ

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้ลงทะเบียน  
(.....)  
วันที่ลงทะเบียน.....

- หมายเหตุ : 1) รายได้เฉลี่ยคำนวณจากการได้รับของครัวเรือน หารด้วยจำนวนสมาชิกทั้งหมดของที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้น โดยนับรวมรายได้ในรอบปีของสมาชิกทุกคนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้นติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 180 วันในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา โดยให้นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย ซึ่งสมาชิกของครัวเรือนมีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติโดยสายโลหิต หรือ อよງกินด้วยกันฉันสามีภรรยา หรือด้วยเหตุอื่นตามกฎหมาย แต่ไม่นับรวมผู้ซึ่งเป็นลูกจ้างหรือผู้ช่วยได้อันญุษ่าให้อยู่อาศัยด้วย

2) กรณีสมาชิกในครัวเรือนเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานบริษัท ผู้มีรายได้ประจำ ให้แนบหนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรอง เงินเดือนของผู้มีรายได้ประจำ ด้วยทุกคน

3) กรณีสมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐทุกคน ไม่ต้องมีผู้รับรองสถานะของครัวเรือน

ส่วนที่ 2 : ผู้รับรอง

ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 1 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)

ข้าพเจ้า นาย -Onang Onang นามสกุล.....  
ตำแหน่ง ..... สังกัดหน่วยงาน .....

โทรศัพท์.....

- รับรอง ผู้ลงทะเบียนอาศัยอยู่ในพื้นที่ของข้าพเจ้า เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ชี้แจงด้าน
- ไม่รับรอง เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ)..... ผู้รับรองคนที่ 1  
(.....)  
ตำแหน่ง .....  
วันที่ .....

หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 1 : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชนที่เด็กพิการในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่งตั้งนั้น กรณีกรุงเทพมหานคร หากไม่มีผู้รับรองคนที่ 1 ให้ข้าราชการที่ดำรงตำแหน่งในระดับปฏิบัติการขึ้นไปหรือเทียบท่าที่ปฏิบัติหน้าที่ในกรุงเทพมหานครเป็นผู้รับรองได้

ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 2 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)

ข้าพเจ้า นาย -Onang Onang นามสกุล.....  
ตำแหน่ง ..... สังกัดหน่วยงาน .....

โทรศัพท์.....

- รับรอง ผู้ลงทะเบียนอาศัยอยู่ในพื้นที่ของข้าพเจ้า เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่มีรายได้ไม่เกิน 100,000 บาท ต่อ ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ชี้แจงด้าน
- ไม่รับรอง เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ)..... ผู้รับรองคนที่ 2  
(.....)  
ตำแหน่ง .....  
วันที่ .....

หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 2 : ประธานอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำตำบล ประธานชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการสถานบริการสาธารณสุขในระดับตำบล ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่นที่ดำรงตำแหน่งในระดับปฏิบัติการขึ้นไป หรือเทียบท่าที่ปฏิบัติหน้าที่ในท้องที่หรือห้องถิ่นแต่งตั้งนั้น (ต้องมีใช้ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน)

ส่วนที่ 3 : การปิดประกาศ (สำหรับหน่วยงานรับลงทะเบียน)

เด็กหญิง/เด็กชาย/นาย/นางสาว.....

เป็นผู้ปกครองของ มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ที่ได้ปิดประกาศ 15 วันแล้ว  
ตามประกาศ (ชื่อ อปท.)..... ลงวันที่..... ลำดับที่.....

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



## แบบคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิผู้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

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

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ยื่นคำร้อง

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล/นายกเทศมนตรีเทศบาล/นายกเมืองพัทยา/ผู้อำนวยการเขต.....

ช้าพเจ้า  เด็กชาย  เด็กหญิง  นาย  นางสาว .....  
เลขประจำตัวประชาชน  -    -    -

มีความประสงค์ยื่นคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิผู้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดของ  
เด็กชาย/เด็กหญิง.....

โดยขอเปลี่ยนแปลงผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด<sup>.....</sup>  
จาก เด็กชาย/เด็กหญิง/นาย/นาง/นางสาว.....  
เป็น เด็กชาย/เด็กหญิง/นาย/นาง/นางสาว.....  
เนื่องจาก.....  
.....  
.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง

ลงชื่อ.....  
(.....) ผู้ยื่นคำร้อง

ลงชื่อ.....  
ตำแหน่ง.....  
ผู้รับคำร้อง

### ส่วนที่ 2

เรียน อธิบดีกรมกิจการเด็กและเยาวชน/พัฒนาสังคมและความมั่นคง  
ของมนุษย์จังหวัด.....  
พร้อมนี้ได้แนบ แบบ ดร.01 และ แบบ ดร.02 มาเรียบร้อยแล้ว  
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

### ส่วนที่ 3 การพิจารณาข้อเท็จจริง

- ได้พิจารณาข้อเท็จจริงตามเหตุผลที่ระบุแล้ว พบว่า
- ผู้ยื่นคำร้องเป็นผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนได้  
ตามคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิฯ
  - ผู้ยื่นคำร้องเป็นผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนได้  
ตามคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิฯ

ลงชื่อ.....  
(.....)

ผอ.สำนักงานเขต/นายก อบต./นายกเทศมนตรีเทศบาล/  
นายกเมืองพัทยา.....  
วันที่.....

ลงชื่อ.....  
(.....) ผู้ตรวจสอบ

อธิบดีกรมกิจการเด็กและเยาวชน/  
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด.....  
วันที่.....



## แบบคำร้องขอคัดค้าน

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

เรื่อง ขอคัดค้านรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล/นายกเทศมนตรีเทศบาล/นายกเมืองพัทยา/ผู้อำนวยการเขต.....

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

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ)..... ผู้ยื่นคำร้องขอคัดค้าน

(.....)



“ พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานให้ก้าวหน้า  
ช้าวประชาชื่น บริหารงานอย่างเป็นที่  
มีความโปร่งใส ใส่ใจสิ่งแวดล้อม  
อนุรักษ์กิจพอเพียง ”