



## คู่มือประชาชน

- การยืนยันสิทธิเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
  - การขึ้นทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้พิการ
  - การขึ้นทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์



องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยทรายเหนือ  
โทร. ๐๓๒-๔๗๓๙๕๘ -๙



## คำนำ

งานพัฒนาชุมชน สังกัดสำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยทรายเหนือ  
หน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยทราย  
เหนือ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลเหล่านี้ รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการรับรับยืนยันสิทธิ  
ผู้สูงอายุเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การรับลงทะเบียนผู้พิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ และ  
รับคำร้องผู้ป่วยเอดส์เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้กับบุคคล  
ดังกล่าว โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยัง  
ชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์  
การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ และระเบียบกระทรวง  
มหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการ  
ปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะไปสู่ความสะดวก รวดเร็ว และถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าว  
ขององค์การบริหารส่วนตำบลห้วยทรายเหนือได้จัดทำคู่มือประชาชนในการยืนยันสิทธิเพื่อรับเงิน  
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การขึ้นทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้พิการ และการขึ้นทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ขึ้น

องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยทรายเหนือ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่  
ทำให้ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิที่ตนพึงได้รับ รวมทั้งทราบ  
แนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มา  
ขอรับบริการต่อไป

งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด  
องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยทรายเหนือ

## สารบัญ

| เรื่อง                                                                                        | หน้า |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <b>เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ</b>                                                                  | 1    |
| คุณสมบัติของผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ                                            | 1    |
| ขั้นตอนการยื่นยันสิทธิเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ                                       | 1    |
| อัตราการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ                                                          | 2    |
| การสิ้นสุดการได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ                                                  | 3    |
| <b>เบี้ยยังชีพผู้พิการ</b>                                                                    | 4    |
| คุณสมบัติของผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ                                              | 4    |
| ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ                                           | 5    |
| การสิ้นสุดการได้รับเงินเบี้ยความพิการ                                                         | 6    |
| การจ่ายเงินเบี้ยความพิการ                                                                     | 6    |
| ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการและการต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ                               | 7    |
| การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ                                                                      | 8    |
| <b>เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์</b>                                                                | 9    |
| คุณสมบัติผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์                                 | 9    |
| ขั้นตอนการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์                                     | 9    |
| ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์                              | 10   |
| <b>ภาคผนวก</b>                                                                                |      |
| แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ<br>(รับยื่นยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ) | ก    |
| แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ<br>(การรับขึ้นทะเบียนเบี้ยยังชีพคนพิการ)         | ข    |
| แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ<br>(การรับขึ้นทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์)    | ค    |
| กฎหมายที่เกี่ยวข้อง                                                                           | ง    |
| แบบยื่นยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ                                              | จ    |
| หนังสือมอบอำนาจยื่นยันสิทธิเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ                                | ช    |
| แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยคนพิการ                                                           | ซ    |
| แบบคำขอรับการสงเคราะห์                                                                        | ญ    |

# เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

## คุณสมบัติของผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



1. มีสัญชาติไทย
2. มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตตำบลห้วยทรายเหนือ
3. มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้ยืนยันสิทธิขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
4. เป็นผู้ไม่มีรายได้หรือมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุกำหนด

## ขั้นตอนการยืนยันสิทธิเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

บุคคลใดที่มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ ให้ยืนยันสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยทรายเหนือ โดยแนบเอกสารหลักฐานดังต่อไปนี้



1. แบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
2. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร

**\*กรณีผู้สูงอายุไม่สามารถแจ้งความประสงค์การรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุด้วยตนเองได้** สามารถมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้บุคคลอื่นเป็นผู้ไปแจ้งความประสงค์การรับเงินเบี้ยยังชีพแทนผู้สูงอายุได้

**\*\*กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนา** ให้ไปยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนมีภูมิลำเนา

## อัตราการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับในปัจจุบัน (ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2566) เป็นแบบขั้นบันได คือ การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วง ๆ หรือเป็นขั้น ขึ้นไปเรื่อยๆ โดยเริ่มตั้งแต่อายุ 60 ปี ดังนี้

### ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือนสำหรับผู้สูงอายุ ( แบบขั้นบันได )

| ขั้น      | ช่วงอายุ (ปี) | จำนวนเงิน (บาท) |
|-----------|---------------|-----------------|
| ขั้นที่ 1 | 60 – 69 ปี    | 600             |
| ขั้นที่ 2 | 70 – 79 ปี    | 700             |
| ขั้นที่ 3 | 80 – 89 ปี    | 800             |
| ขั้นที่ 4 | 90 ปี ขึ้นไป  | 1,000           |





## การสิ้นสุดการได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

สิทธิของผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามระเบียบนี้สิ้นสุดลงในกรณีต่อไปนี้

1. ตาย
2. ขาดคุณสมบัติตามข้อ 6 (ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2566)
3. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นหนังสือต่อองค์การบริหารส่วนตำบล



## การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

กรมบัญชีกลางจะเป็นผู้ดำเนินการโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/ผู้ได้รับมอบอำนาจ ทุกวันที่ 10 ของเดือน ทั้งนี้ขอให้ผู้สูงอายุที่รับเงิน ตรวจสอบการโอนเงินในวันที่ 11 ของทุกเดือน หากท่านใดไม่ได้รับการโอนเงิน กรุณาติดต่อองค์การบริหารส่วนตำบล

**\*\*สามารถขอรับแบบยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ**

**และยื่นเอกสารประกอบ ได้ที่...สำนักปลัด**

**องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยทรายเหนือ (ไม่มีค่าธรรมเนียม)**

# เบี้ยยังชีพผู้พิการ

## คุณสมบัติของผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ

1. มีสัญชาติไทย
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบล (ตามทะเบียนบ้าน)
3. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริม  
คุณภาพชีวิตคนพิการ
4. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ



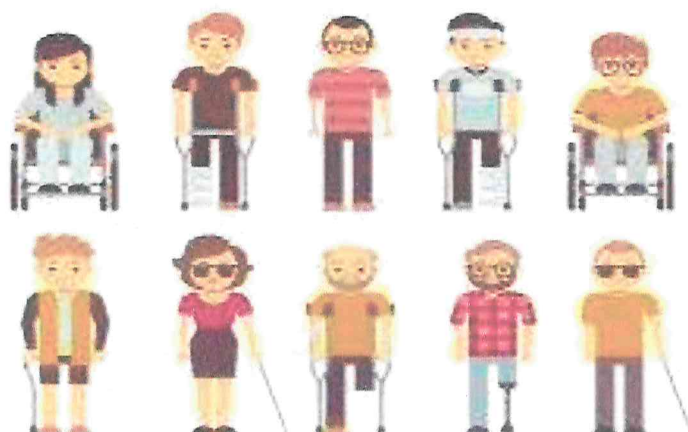
\* กรณีที่ย้ายภูมิลำเนา ผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการต้องไปลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ได้ย้ายภูมิลำเนาไป โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่จะจ่ายเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป



## การสิ้นสุดการได้รับเงินเบี้ยความพิการ

สิทธิของผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้สิ้นสุดลงในกรณีต่อไปนี้

1. ตาย
2. ขาดคุณสมบัติตามข้อ 6 (ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2553)
3. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยความพิการเป็นหนังสือต่อองค์การบริหารส่วนตำบล



## การจ่ายเงินเบี้ยความพิการ

กรมบัญชีกลางจะเป็นผู้ดำเนินการโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ/ผู้ได้รับมอบอำนาจที่มาขึ้นทะเบียนไว้แล้ว ทุกวันที่ 10 ของเดือน (หรือภายในวันที่ 10 กรณีตรงกับวันหยุด) โดยจะเริ่มตั้งแต่เดือนถัดไปที่มาขึ้นทะเบียน โดยจะจ่ายโอนเข้าบัญชีธนาคารตามที่ใดแจ้งความประสงค์ไว้

ทั้งนี้ขอให้ผู้พิการที่รับเงิน ตรวจสอบการโอนเงินในวันที่ 11 ของทุกเดือน หากท่านใดไม่ได้รับการโอนเงิน กรุณาติดต่อองค์การบริหารส่วนตำบล



## ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ

กรอกแบบฟอร์ม “แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ ”

และ ยื่นเอกสาร หลักฐาน ดังนี้

- 😊 บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- 😊 ทะเบียนบ้าน
- 😊 สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร

หมายเหตุ : กรณีที่คนพิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจ  
เป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทน แต่ต้องนำหลักฐาน  
ของคนพิการ และผู้ดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย



**\*\*สามารถขอรับแบบคำขอขึ้นทะเบียนคนพิการ**

**และยื่นเอกสารประกอบ ได้ที่...สำนักปลัด**

**ตำบลห้วยทรายเหนือ (ไม่มีค่าธรรมเนียม)**

## ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ

1. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสารรับรองความพิการ
2. ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบุรี (ศาลากลางชั้น 1) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้
  - 2.1 เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยแพทย์เฉพาะทาง (ตัวจริง)
  - 2.2 รูปถ่าย ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป
  - 2.3 สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
  - 2.4 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
  - 2.5 ถ้าคนพิการมีผู้ดูแลให้นำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ จำนวนอย่าง ละ 1 ฉบับ
3. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอทำบัตรประจำตัวคนพิการให้นำหลักฐาน ตามข้อ 2.4 – 2.5 มา ด้วย

## การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

การดำเนินการต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ สามารถต่อได้ที่สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบุรี (ศาลากลางชั้น 1) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

1. บัตรประจำตัวคนพิการ
2. รูปถ่าย ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านอย่างละ จำนวน 1 ฉบับ
4. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการมีผู้ดูแล ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ 1 ฉบับ
5. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอต่ออายุ บัตรประจำตัวคนพิการให้นำหลักฐานตามข้อ 3-4 มาด้วย

## การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ

การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ สามารถติดต่อได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบุรี (ศาลากลางชั้น 1) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

1. บัตรประจำตัวคนพิการ
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ จำนวน 1 ฉบับ
3. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนเดิม ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และ สำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ 1 ฉบับ
4. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ 1 ฉบับ
5. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ
6. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้รับรอง จำนวน 1 ฉบับ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ส.อบต. หรือ ข้าราชการ ระดับ 3 ขึ้นไป)

# เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

คุณสมบัติผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

1. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ตำบล
2. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

## ขั้นตอนการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

1. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดย สถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าเป็นโรคเอดส์จริง
2. การยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ในกรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอด้วยตนเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้ โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่นดังนี้
  - 2.1 ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
  - 2.2 บัตรประจำตัวประชาชน
  - 2.3 ทะเบียนบ้าน
  - 2.4 สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร

**\*\*สามารถขอรับแบบคำร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์**

**และยื่นเอกสารประกอบ ได้ที่...สำนักปลัด**

องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยทรายเหนือ (ไม่มีค่าธรรมเนียม)



## ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

1. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพได้ทั้งหมด
2. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนาเท่านั้น
3. กรณีผู้ป่วยที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้อง แจ้งให้ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลด้วยทราบดีภายใน 7 วัน (พร้อมสำเนาใบมรณะบัตร)

ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่าป่วยเป็น

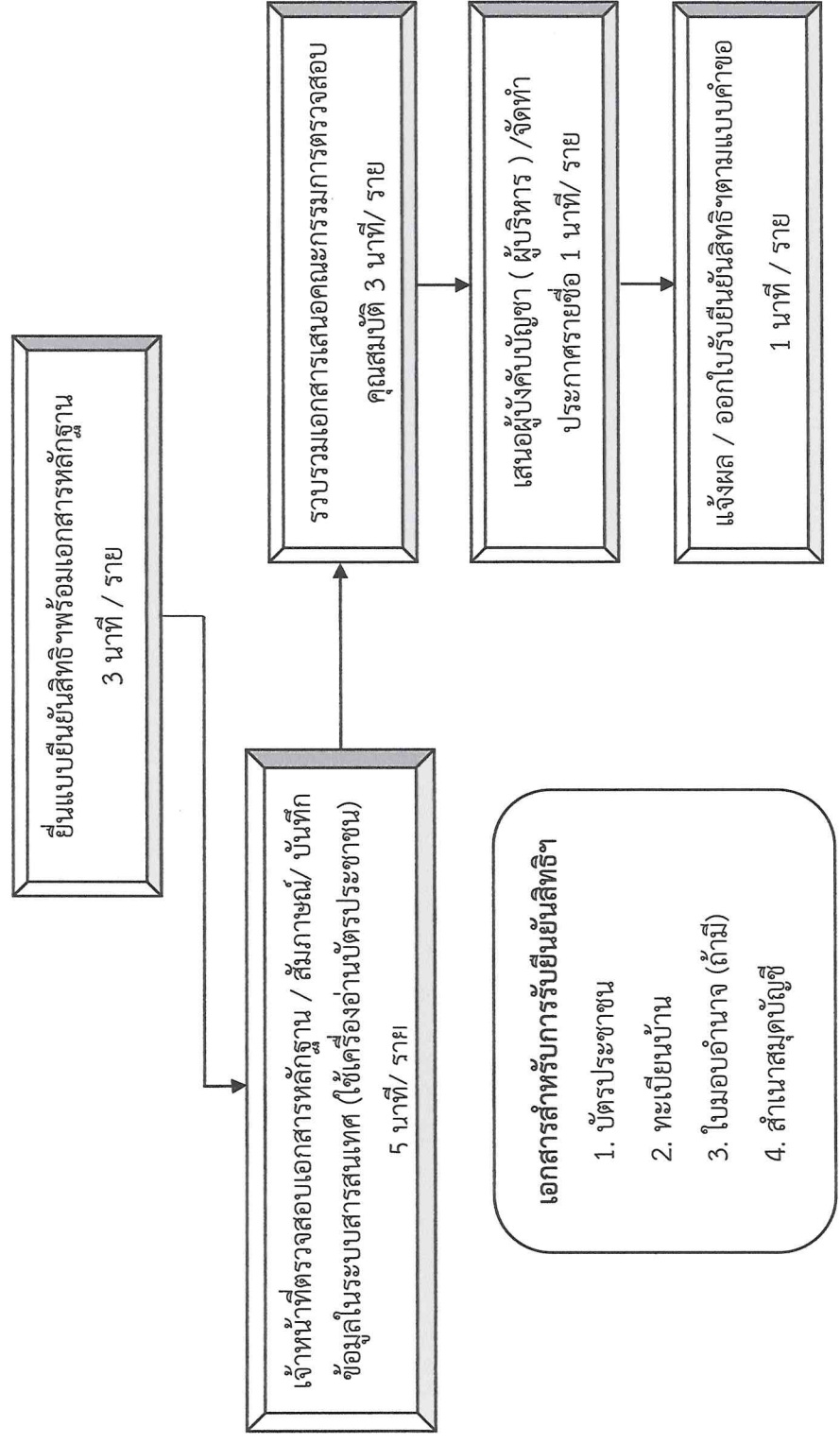
โรคเอดส์/AIDs เท่านั้น

หากระบุว่าป่วยเป็น HIV หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง

จะไม่เข้าหลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์

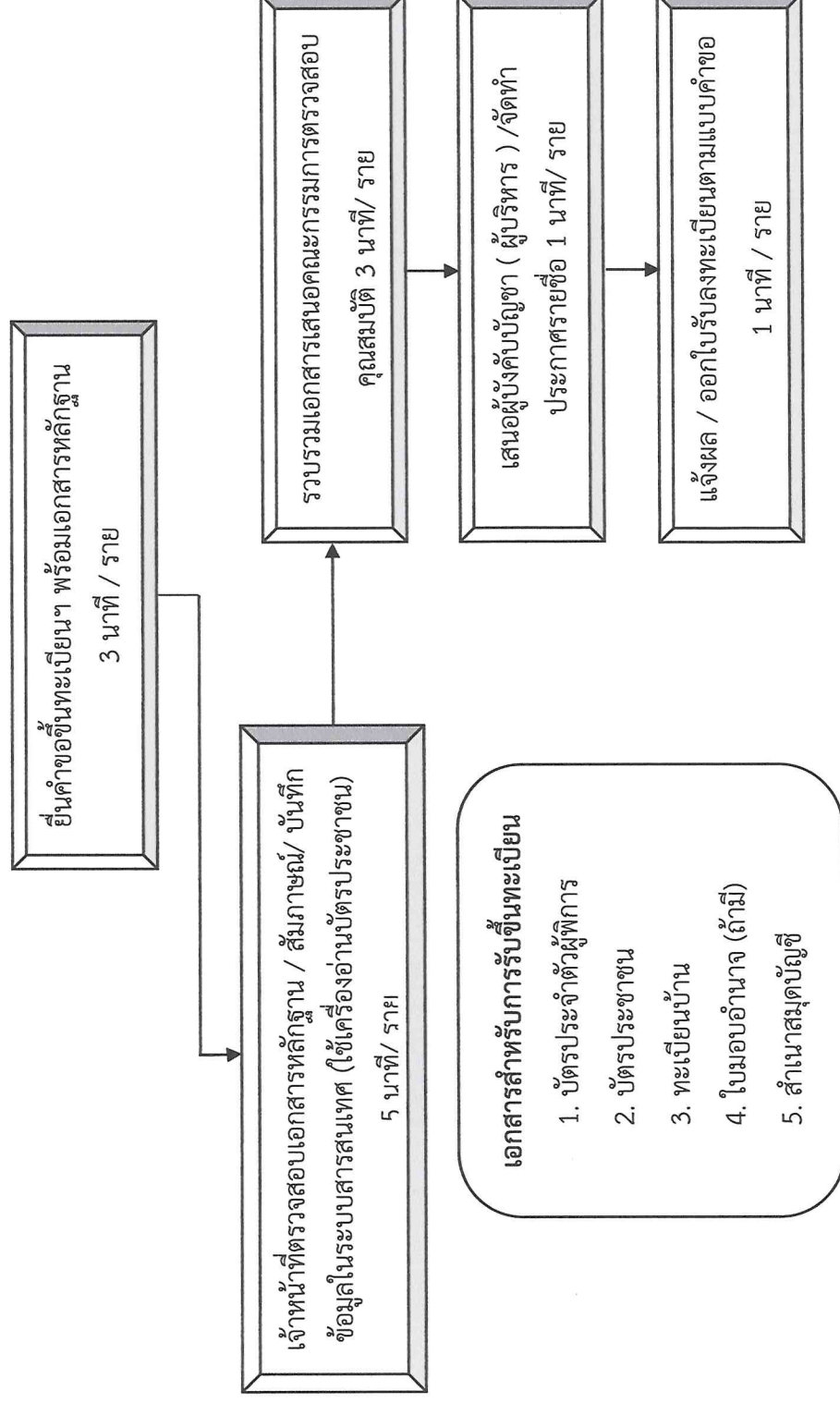
ภาคผนวก

# แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (รับยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ)



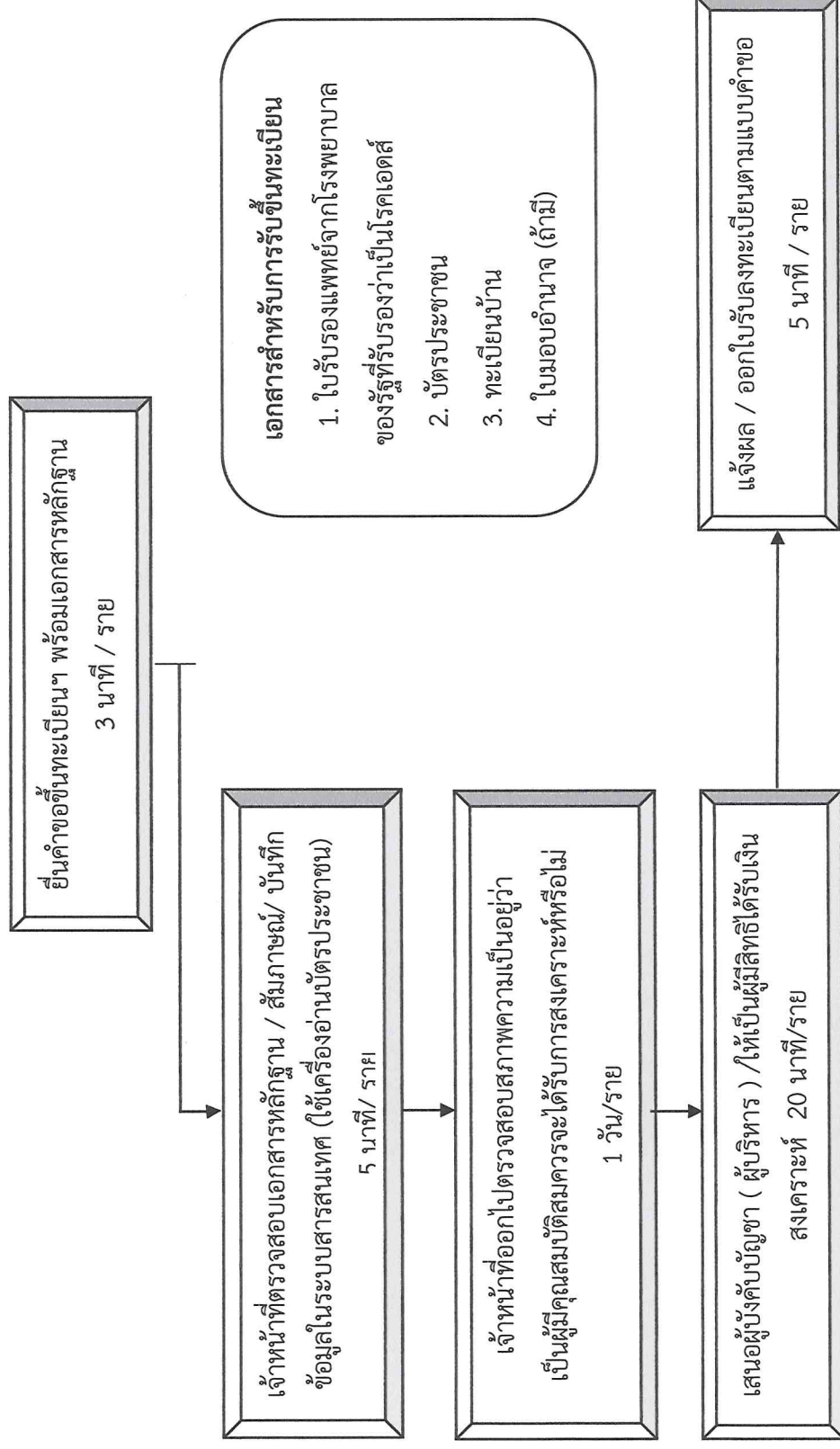
หมายเหตุ รับขึ้นทะเบียนทุกเดือน หรือตามระเบียบกำหนด

# แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนเบี้ยยังชีพคนพิการ)



หมายเหตุ รับขึ้นทะเบียนทุกเดือน หรือตามระเบียบกำหนด

# แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนยังชีพผู้ป่วยเอดส์)



หมายเหตุ รับขึ้นทะเบียนทุกเดือน หรือตามระเบียบกำหนด



## กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

1. ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2566
2. ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้แก่คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553 แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562
3. ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548

ทะเบียนเลขที่...../.....

## แบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแบบยืนยันสิทธิแทน

ผู้ยื่นคำขอแทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ยืนยันสิทธิ

ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

□-□□□□-□□□□□□-□□-□ ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

## ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....องค์การบริหารส่วนตำบล ห้วยทรายเหนือ

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.....อำเภอ.....จังหวัดเพชรบุรี รหัสไปรษณีย์.....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)

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้☐ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร.....เลขที่.....ชื่อบัญชี.....☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ☐ "ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ณ วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ"☐ "ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ"

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยืนยันสิทธิ/ผู้รับมอบอำนาจยืนยันสิทธิ

เจ้าหน้าที่ผู้รับยืนยันสิทธิ

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

.....ฝึกตามรายprü.....

ยื่นแบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

การยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วน และตามช่วงระยะเวลาในการยืนยันสิทธิ โดยได้รับตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>ความเห็นเจ้าหน้าที่</b></p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/</p> <p>.....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน</p> <p><input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/>-<input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่เรียบร้อย วันที่มีสิทธิได้รับ</p> <p>เงินเบี้ยยังชีพ</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่ได้คุณสมบัติ เนื่องจาก</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ) .....</p> <p style="text-align: center;">(นางสาววาสนา รัฐธรรม)</p> <p style="text-align: center;">เจ้าหน้าที่</p> | <p><b>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</b></p> <p>เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ห้วยทรายเหนือ</p> <p>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบ</p> <p>มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับยืนยันสิทธิ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับยืนยันสิทธิ.....</p> <p>.....</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p style="text-align: center;">ผอ.กองคลัง</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p style="text-align: center;">(</p> <p style="text-align: center;">หัวหน้าสำนักปลัด</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p style="text-align: center;">)</p> <p style="text-align: center;">นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ</p> |
| <p><b>คำสั่ง</b></p> <p><input type="checkbox"/> รับยืนยันสิทธิ    <input type="checkbox"/> ไม่รับยืนยันสิทธิ    <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">(ลงชื่อ) .....</p> <p style="text-align: center;">(</p> <p style="text-align: center;">)</p> <p style="text-align: center;">นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ห้วยทรายเหนือ</p> <p style="text-align: center;">วัน/เดือน/ปี .....</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

## หนังสือมอบอำนาจยินยอมสิทธิเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ที่.....องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยทรายเหนือ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

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

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

เป็นผู้มีอำนาจขอยินยอมสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖) มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- ☐ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)  
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน.....แทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ทะเบียนเลขที่ ...../.....

## แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยคนพิการ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร ☐ ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการ

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ) .....

เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐-☐☐-☐ ที่อยู่ .....

เขียนที่...อบต. ห้วยทรายเหนือ

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....

## ข้อมูลคนพิการ

คำนำหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่น ๆ (ระบุ) .....

ชื่อ ..... นามสกุล.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

.....อายุ.....ปี สัญชาติไทย มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่ .....หมู่ที่..... ตำบลห้วยทรายเหนือ

อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ๗๖๐๐๐ โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย

☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

☐ ความพิการทางสติปัญญา ☐ ความพิการทางการเรียนรู้ ☐ ความพิการทางออทิสติก

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

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

## ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ .....

☐ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ อื่น ๆ (ระบุ) .....

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

☐ มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ .....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดูแล/ผู้รับมอบอำนาจ

☐ สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี.....

ชื่อบัญชี.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

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

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ ในเดือนถัดไป ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ในเดือนถัดไป ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน<br/>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ<br/>ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/<br/>.....<br/>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน<br/>□-□□□□-□□□□□□-□□-□ แล้ว<br/>□ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน<br/>□ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก.....<br/>.....<br/>.....<br/>(ลงชื่อ) .....<br/>(.....)<br/>เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p> | <p>ความเห็นคณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ<br/>เรียน นายก ตำบลห้วยทรายเหนือ<br/>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้<br/>ตรวจสอบแล้วมีความเห็นดังนี้<br/>□ สมควรรับขึ้นทะเบียน □ ไม่สมควรรับขึ้น<br/>ทะเบียน<br/>กรรมการ (ลงชื่อ) .....<br/>(.....)<br/>กรรมการ (ลงชื่อ) .....<br/>(.....)<br/>กรรมการ (ลงชื่อ) .....<br/>(.....)</p> |
| <p>คำสั่ง<br/>□ รับขึ้นทะเบียน □ ไม่รับขึ้นทะเบียน □ อื่นๆ.....<br/>(ลงชื่อ) .....<br/>(.....)<br/>นายกองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยทรายเหนือ<br/>วัน/เดือน/ปี .....</p>                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

## เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปีสัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนา

ทะเบียนบ้าน เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ ซอย ..... ถนน.....

หมู่บ้าน/ชุมชน ..... ตำบล ..... อำเภอ .....

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เป็นเอดส์ที่ยื่นคำขอ ----

ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

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

( ) เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก .....

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก .....

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก .....

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

( ) พักอาศัยกับ .....รวม .....คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน

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

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

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

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

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

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

โทรศัพท์.....โทรสาร.....เกี่ยวข้องกับ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

..... ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)