



คู่มือบริการประชาชน



กองสวัสดิการสังคม

เทศบาลตำบลบ้านเพชร

อำเภอบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ

คำนำ

กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลบ้านเพชร มีบทบาทหน้าที่การสังคมสงเคราะห์ การพัฒนาชุมชน และการจัดสวัสดิการสังคม ให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคมและส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับประชาชนในพื้นที่เขตเทศบาลตำบลบ้านเพชร รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการรับยื่นยันสิทธิผู้สูงอายุเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การรับลงทะเบียนคนพิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ การรับคำร้องผู้ป่วยเอดส์เพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ และการรับลงทะเบียนเด็กแรกเกิดเพื่อรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๒ (ฉบับที่ ๔) และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็ว และถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าว กองสวัสดิการสังคม จึงได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานกองสวัสดิการสังคม เพื่อใช้เป็นคู่มือสำหรับประชาชนผู้มีความประสงค์จะยื่นยันสิทธิการขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์ และเด็กแรกเกิด

กองสวัสดิการสังคม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์ และเด็กแรกเกิด มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าว และประชาชนที่มาขอรับบริการต่อไป

กองสวัสดิการสังคม
เทศบาลตำบลบ้านเพชร

เรื่อง	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๑-๖
การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพความพิการ	๗-๑๒
การอำนวยความสะดวกในการทำบัตรคนพิการ	๑๓-๑๖
การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์	๑๗-๒๐
การขึ้นทะเบียนเพื่อรับอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด	๒๑-๒๗

การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

งานที่ให้บริการ การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลบ้านเพชร

ขอบเขตการให้บริการ วันจันทร์ - วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ งานจัดสวัสดิการสังคม หมายเลข ๒

ระยะเวลาเปิดให้บริการ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. – ๑๖.๓๐ น.

โทร. ๐๔๔-๘๕๕-๓๓๖

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุหรือผู้แทนมายื่นคำขอขึ้นทะเบียนภายในเดือนพฤศจิกายนของทุกปี ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีหนึ่งดังต่อไปนี้

๑. รับเงินสดด้วยตัวเอง หรือรับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

๒. โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ หรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑. มีสัญชาติไทย

๒. มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

๓. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบ้านเพชร ตามทะเบียนบ้าน

๔. ไม่เป็นผู้ที่ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือเทศบาล อบต. ได้แก่ ผู้รับเงินบำเหน็จ เบี้ยบำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ที่ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือ ผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๘ การยื่นเอกสารขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุกำหนดให้ผู้สูงอายุรายใหม่ (๕๕ ปีบริบูรณ์ เกิดระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ถึง ๓๐ กันยายน) มาขึ้นทะเบียนภายในเดือน พฤศจิกายน ของทุกปี

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	ระยะเวลาที่ใช้
๑. เขียนคำร้องขอขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ	๕ นาที
๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร	๒ นาที
๓. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ	๒ นาที
๔. นายกเทศมนตรีตำบลบ้านเพชรอนุมัติ	๕ นาที
๕. ผู้สูงอายุจะได้รับเงินในปั๊มประมาณถัดไป	
จัดประกาศรายชื่อนามผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุทุกวัน ที่ 1-5 ของเดือน	

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

๑. แบบคำขอลงทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จำนวน ๑ ชุด
๒. บัตรประจำตัวประชาชน พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ชุด
๓. ทะเบียนบ้านฉบับจริง พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ชุด
๔. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (กรุงไทย ออมสิน หรือ .ธ.ก.ส) จำนวน ๑ ชุด
๕. หนังสือมอบอำนาจกรณีผู้สูงอายุไม่สามารถดำเนินการด้วยตนเองได้

ค่าธรรมเนียม ไม่เสียค่าธรรมเนียม

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๖

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแบบยืนยันสิทธิแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ขอยืนยันสิทธิ
 ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
 □-□□□□-□□□□□□-□□-□ ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

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

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

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

มีความประสงค์ ☐ ขอยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย
 ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖)
☐ ไม่ขอรับสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
 พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

☐ “ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ณ วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพ
 ผู้สูงอายุ และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

☐ “ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
 และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยืนยันสิทธิ/ผู้รับมอบอำนาจยืนยันสิทธิ

เจ้าหน้าที่ผู้รับยืนยันสิทธิ

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

- ๒ -

ความเห็นเจ้าหน้าที่ เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว ☐ เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติยื่นขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ☐ เป็นผู้ที่ไม่สามารถยื่นขอรับเงินเบี้ยยังชีพ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายก เทศมนตรี/อบค. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับเงินเบี้ยยังชีพ ☐ ไม่สมควรรับเงินเบี้ยยังชีพ กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)
---	--

คำสั่ง

☐ รับเงินเบี้ยยังชีพ ☐ ไม่รับเงินเบี้ยยังชีพ ☐ อื่น ๆ

.....

(ลงชื่อ)

นายก เทศมนตรี/นายก อบค.

วัน/เดือน/ปี

ยื่นแบบยื่นขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การยื่นขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีความประพฤติเรียบร้อยและตามช่วงเวลาในการยื่นขอรับเงินเบี้ยยังชีพ โดยได้รับตั้งแต่เดือน..... พ.ศ. เป็นต้นไป

ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือมอบอำนาจ

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

เป็นผู้มีอำนาจ.....ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ.....แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ/ผู้สูงอายุ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หนังสือมอบอำนาจยื่นรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เขียนที่.....
วันที่ เดือน พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....ออกให้ ณ.....
เมื่อวันที่ อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย
ถนน แขวง/ตำบล.....บ้านเพชร..... เขต/อำเภอบำเหน็จณรงค์... จังหวัด.....ชัยภูมิ.....
โทรศัพท์

ขอมอบอำนาจให้ เกี่ยวพันเป็น
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....ออกให้ ณ.....
เมื่อวันที่ อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย
ถนน แขวง/ตำบล.....บ้านเพชร..... เขต/อำเภอบำเหน็จณรงค์... จังหวัด.....ชัยภูมิ.....
โทรศัพท์

เป็นผู้มีอำนาจรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ..... แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ/ผู้สูงอายุ
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพความพิการ

งานที่ให้บริการ การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพความพิการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลบ้านเพชร

ขอบเขตการให้บริการ วันจันทร์ - วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ งานจัดสวัสดิการสังคม หมายเลข ๒

ระยะเวลาเปิดให้บริการ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๖.๓๐ น.

โทร. ๐๔๔-๘๕๕-๓๓๖

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

การรับลงทะเบียนผู้พิการเป็นไปตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ โดยผู้พิการจะต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ได้แก่

- ๑) มีสัญชาติไทย
- ๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบ้านเพชร
- ๓) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- ๔) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

- ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยรับเงินสดด้วยตนเอง หรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร ในนามคนพิการ หรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี

- ผู้พิการที่ขึ้นทะเบียนเรียบร้อยแล้ว จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพในเดือนถัดไปหลังประกาศรายชื่อ ๑๕ วัน

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	ระยะเวลาที่ใช้
๑. เขียนคำร้องขอขึ้นทะเบียนผู้พิการ	๕ นาที
๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร	๒ นาที
๓. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ	๒ นาที
๔. นายกเทศมนตรีตำบลบ้านเพชรอนุมัติ	๕ นาที
จัดประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการภายใน 15 วันของเดือนถัดไป	

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

๑. แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ จำนวน ๑ ชุด
๒. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
๔. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
๕. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (กรุงไทย ออมสิน หรือ .ธ.ก.ส) จำนวน ๑ ฉบับ
๖. หนังสือมอบอำนาจกรณีผู้พิการไม่สามารถดำเนินการด้วยตนเองได้ จำนวน ๑ ฉบับ
๗. ใบแสดงการตรวจความพิการของแพทย์ จำนวน ๑ ฉบับ

ค่าธรรมเนียม ไม่เสียค่าธรรมเนียม

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๑. ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒

-2-

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีตำบลบ้านเพชร คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบ แล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (นางชัญญา ทองบุญเหลือ) กรรมการ (ลงชื่อ) (นางสุวิรัตน์ เกตุเอก) กรรมการ (ลงชื่อ) (นางสาวณัฏฐ์ หัตถ์บุญทด)
คำสั่ง ☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่นๆ..... (ลงชื่อ) (นายกิตติพงศ์ ธรรมโสภารัตน์) นายกเทศมนตรีตำบลบ้านเพชร วัน/เดือน/ปี	

คัดตามรายนามประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2567 โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ
นับตั้งแต่เดือนถัดไป ในอัตราเดือนละ 1,000 บาท สำหรับผู้พิการที่มีอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ และเดือนละ 800 บาท สำหรับผู้ที่มีอายุเกิน
18 ปีขึ้นไป โดยจะได้รับเงินภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน

* กรณีผู้พิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นแห่ง
ใหม่ภายในเดือนนั้นๆ เพื่อรักษาสิทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการ

กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลบ้านเพชร 044-859336

หนังสือมอบอำนาจยื่นรับเงินเบี้ยความพิการ

เขียนที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า
 ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวคนพิการเลขที่.....ออกให้ ณ.....
 เมื่อวันที่ อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย
 ถนน แขวง/ตำบล.....บ้านเพชร..... เขต/อำเภอบ้านเนินจรรย์... จังหวัด.....ชัยภูมิ.....
 โทรศัพท์

ขอมอบอำนาจให้ เกี่ยวพันเป็น
 ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....ออกให้ ณ.....
 เมื่อวันที่ อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย
 ถนน แขวง/ตำบล.....บ้านเพชร..... เขต/อำเภอบ้านเนินจรรย์... จังหวัด.....ชัยภูมิ.....
 โทรศัพท์

เป็นผู้มีอำนาจรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้พิการ..... แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
 กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ/ผู้พิการ
 (.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ พยาน
 (.....)

ลงชื่อ พยาน
 (.....)

การอำนวยความสะดวกในการทำบัตรประจำตัวคนพิการ

งานที่ให้บริการ การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพคนพิการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลบ้านเพชร

ขอบเขตการให้บริการ วันจันทร์ - วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ งานจัดสวัสดิการสังคม หมายเลข ๒

ระยะเวลาเปิดให้บริการ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. – ๑๖.๓๐ น.

โทร. ๐๔๔-๘๕๕-๓๓๖

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

- การทำบัตรประจำตัวคนพิการเป็นอำนาจหน้าที่ของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดชัยภูมิ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ แก้ไขเพิ่มเติมถึงฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๒ ตามมาตรา ๑๘ และมาตรา ๑๙ ที่กำหนดให้คนพิการอาจ ยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการต่อนายทะเบียนกลางหรือนายทะเบียนจังหวัด ณ สำนักงาน ทะเบียนกลาง สำนักงานทะเบียนจังหวัด หรือสถานที่อื่นตามที่ระเบียบกำหนด การยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ การออกบัตร การกำหนดเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร ประจำตัวคนพิการ การกำหนดสิทธิหรือการเปลี่ยนแปลงสิทธิ การสละสิทธิของคนพิการและอายุบัตรประจำตัวคนพิการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

- กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลบ้านเพชร ได้อำนวยความสะดวกในการทำบัตรประจำตัวคนพิการ เนื่องจากต้องการให้ประชาชนและผู้รับบริการได้รับความ สะดวก สบาย ไม่ต้องเดินทางไปทำบัตรประจำตัวคนพิการด้วยตนเองที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชัยภูมิ แต่ถ้าคนพิการรายใดต้องการไปทำด้วยตนเองก็สามารถ ไปดำเนินการเองได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชัยภูมิ ในวันและ เวลาราชการ

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	ระยะเวลาที่ใช้
๑. เขียนคำร้องขอทำบัตรประจำตัวคนพิการ	๕ นาที
๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร	๕ นาที
๓. เจ้าหน้าที่ทำหนังสือราชการเพื่อประสาน ไปยังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์จังหวัดชัยภูมิ	๒ วัน
๔. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชัยภูมิประสานส่ง บัตรประจำตัวคนพิการให้เทศบาลตำบลบ้านเพชร	๑๐-๑๓ วัน
๕. เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลบ้านเพชรติดต่อผู้รับบริการมารับบัตรประจำตัวคนพิการ	๑ - ๒ วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

- | | |
|--|--------------|
| ๑. แบบคำขอมิ้บัตรประจำตัวคนพิการ | จำนวน ๑ ชุด |
| ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลเอกชนที่ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ แห่งชาติ ประกาศกำหนด จำนวน ๑ ฉบับ | |
| ๕. รูปถ่ายคนพิการ ๑ นิ้ว | จำนวน ๒ รูป |

กรณีมีผู้ดูแลผู้พิการ ต้องเตรียมเอกสารดังนี้

- | | |
|---|--------------|
| ๑. สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้ดูแล) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ผู้ดูแล) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ ฯ | จำนวน ๑ ฉบับ |

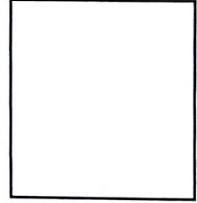
ค่าธรรมเนียม ไม่เสียค่าธรรมเนียม

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖



แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ



หน่วยงานรับคำขอ.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

☐ ขอมีบัตรครั้งแรก

☐ ขอมีบัตรใหม่เนื่องจาก ☐ บัตรเดิมหมดอายุ ☐ ชำรุด
☐ สูญหาย ☐ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ
☐ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

๑.๑ คำนำนานาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

๑.๒ ชื่อ.....สกุล.....

๑.๓ เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน

๑.๕ ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

๑.๖ สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ หม้าย

๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
หมู่บ้าน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....โทรสาร.....
Email Address.....

๑.๘ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
หมู่บ้าน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....โทรสาร.....

๑.๙ การศึกษา

☐ ไม่ได้เรียน

จบการศึกษาชั้นสูงสุด

☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ อาชีวศึกษา (ปวช.) ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

☐ อนุปริญญา ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

☐ ปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

☐ สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา..... ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

๑.๑๐ อาชีพ

☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....

ประกอบอาชีพ

☐ เกษตรกรรม

☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

☐ ลูกจ้างเอกชน

☐ รับจ้างทั่วไป

☐ ธุรกิจส่วนตัว

☐ อาชีพอื่นๆ (ระบุ).....

-๒-

๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ.....บาท/เดือน

๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว).....บาท

๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี)คน

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ☐ มี ☐ ไม่มี

๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(๑) คำนำนานาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (ระบุ)

(๒) ชื่อ.....นามสกุล.....

(๓) เลขประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ☐ บิดามารดา ☐ บุตร ☐ สามเณรหรือภรรยา ☐ พี่น้อง☐ ปู่ย่าตายาย ☐ ลุงป้าน้าอา ☐ บุคคลอื่นๆ (ระบุ).....

(๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

หมู่บ้าน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....โทรสาร.....

Email Address.....

(๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล.....บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูล
 ส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ.....

(.....)

คนพิการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับมอบอำนาจ

เลขประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน และเห็นควรให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการได้

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

☐ อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคม
และความมั่นคงของมนุษย์☐ ความเห็นอื่น ๆ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

งานที่ให้บริการ การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลบ้านเพชร

ขอบเขตการให้บริการ วันจันทร์ - วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ งานจัดสวัสดิการสังคม หมายเลข ๒

ระยะเวลาเปิดให้บริการ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๖.๓๐ น.

โทร. ๐๔๔-๘๕๕-๓๓๖

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

- การรับคำขอการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์เป็นไปตาม ระเบียบ กระทรวงมหาดไทยว่า ด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ โดยผู้ป่วยเอดส์ จะต้องมีความสมบูรณ์และไม่มีความต้องห้าม ได้แก่

๑) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลบ้านเพชร

๒) มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบ อาชีพเลี้ยงตนเองได้

- ระยะเวลาในการยื่นคำขอการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์สามารถยื่นคำร้องได้ ทั้งปี โดย ทางเทศบาลตำบลบ้านเพชร จะเข้าตรวจสอบสภาพ ความเป็นอยู่ของผู้รับการสงเคราะห์และได้รับการตรวจสอบและ พิจารณาให้ได้รับการสงเคราะห์ช่วยเหลือทางเทศบาลตำบลบ้านเพชร จะโอนเงินสงเคราะห์ให้ในงบประมาณ ถัดไป

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	ระยะเวลาที่ใช้
๑. เขียนคำร้องขอขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์	๕ นาที
๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร	๒ นาที
๓. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ	๒ นาที
๔. นายกเทศมนตรีตำบลบ้านเพชรอนุมัติ	๕ นาที
ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินในงบประมาณถัดไป	
จัดประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์	

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

- | | | |
|--|--------------|--------------|
| ๑. แบบคำขอรับการสงเคราะห์ | จำนวน ๑ ฉบับ | |
| ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน ๑ ฉบับ | |
| ๓. สำเนาทะเบียนบ้านฉบับจริง | จำนวน ๑ ฉบับ | |
| ๔. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (กรุงไทย ออมสิน หรือ .ธ.ก.ส) | | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๕. หนังสือมอบอำนาจกรณีผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถดำเนินการด้วยตนเองได้ | | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๖. ใบแสดงการตรวจโรคของแพทย์ที่รับรองการป่วยเป็นโรคเอดส์ | | จำนวน ๑ ฉบับ |

ค่าธรรมเนียม ไม่เสียค่าธรรมเนียม

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๑. ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความคิดเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ ด.ช./ด.ญ./นาย/ นาง/ น.ส. หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - - ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ	ความคิดเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีตำบลบ้านเพชร คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)
คำสั่ง ☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่นๆ..... (ลงชื่อ)..... (.....) นายกเทศมนตรีตำบลบ้านเพชร วัน/เดือน/ปี.....	

การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

งานที่ให้บริการ การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

หน่วยงานที่รับผิดชอบ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลบ้านเพชร

ขอบเขตการให้บริการ วันจันทร์ - วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ งานจัดสวัสดิการสังคม หมายเลข ๒

ระยะเวลาเปิดให้บริการ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๖.๓๐ น.

โทร. ๐๔๔-๘๕๕-๓๓๖

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลบ้านเพชร ดำเนินการตามโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด โดยให้จ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูให้กับเด็กแรกเกิดที่อยู่ในครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ต่อคน ต่อปี ในอัตรา ๖๐๐ บาท ต่อคน ต่อเดือน จนมีอายุครบ ๖ ปี และจะต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามได้แก่

คุณสมบัติเด็กแรกเกิดที่มีสิทธิ

๑. มีสัญชาติไทย (พ่อแม่มีสัญชาติไทย หรือพ่อหรือแม่มีสัญชาติไทย)
๒. เด็กที่มีอายุไม่เกิน ๖ ปี
๓. อาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำ
๔. ไม่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของหน่วยงานของรัฐ หรือเอกชน

คุณสมบัติผู้ปกครองที่มีสิทธิลงทะเบียน

๑. มีสัญชาติไทย
๒. เป็นบุคคลที่รับเด็กแรกเกิดไว้ในความอุปการะ
๓. เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วย

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	ระยะเวลาที่ใช้
๑. เขียนคำร้องขอขึ้นทะเบียนรับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด	๕ นาที
๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารและบันทึกข้อมูลในระบบ	๒ นาที
๓. จัดประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด	ภายใน ๑๕ วัน
๔. เจ้าหน้าที่ส่งเอกสารให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดชัยภูมิ	๒ - ๓ วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

- | | |
|---|---------------------|
| ๑. แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.๐๑) | จำนวน ๑ ชุด |
| ๒. แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒) | จำนวน ๑ ชุด |
| ๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๕. ใบรับรองเงินเดือน หรือหนังสือรับรองรายได้ของสมาชิกในครัวเรือนที่มีรายได้ประจำ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๖. เอกสารหรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่รัฐ
หรือบัตรอื่นที่แสดงสถานะตำแหน่งของผู้รับรองคนที่ ๑ และ ๒ | จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ |

**** ผู้ปกครองที่ลงทะเบียนต้องผูกพร้อมเพย์กับเลขบัตรประจำตัวประชาชนด้วย****

ค่าธรรมเนียม ไม่เสียค่าธรรมเนียม

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๑. ระเบียบกรมกิจการเด็กและเยาวชนว่าด้วยการจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด พ.ศ. ๒๕๖๕

แบบ คร.01



แบบคำร้องขอลงทะเบียน
เพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ปีงบประมาณ

หน่วยงานรับลงทะเบียน.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้อมูลผู้ลงทะเบียน ☐ เป็นผู้ลงทะเบียนตามโครงการเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
 - 1.1 ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ ผู้ปกครอง ความสัมพันธ์กับเด็กแรกเกิด ระบุ.....
 - 1.2 ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว.....
 - 1.3 เลขประจำตัวประชาชน
 - 1.4 เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี
 - 1.5 สัญชาติ.....
 - 1.6 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....อาคาร/ตึก.....ชั้น.....เลขที่ห้อง.....หมู่บ้าน.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
 - 1.7 ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ใช้ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....อาคาร/ตึก.....ชั้น.....เลขที่ห้อง.....หมู่บ้าน.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
 - 1.8 อาชีพ ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ ประกอบอาชีพ ระบุ.....
 - 1.9 การศึกษา ☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ กำลังศึกษา.....
 - ☐ จบการศึกษา (สูงสุด).....
2. ข้อมูลเด็ก (ตามสูติบัตร)
 - 2.1 ชื่อ - นามสกุล ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง
 - 2.2 เลขประจำตัวประชาชน
 - 2.3 เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อมูลมารดา

 - 2.4 ☐ เด็กหญิง ☐ นาง ☐ นางสาว.....
 - 2.5 เลขประจำตัวประชาชน
 - 2.6 อายุ.....ปี
 - 2.7 สัญชาติ.....

ข้อมูลบิดา

☐ ไม่ปรากฏบิดา

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

-2-

3. ช่องทางการรับเงินอุดหนุน เลือกเพียง 1 ธนาคาร (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

☐ ธนาคารกรุงไทย ประสาทบัญชี ออมทรัพย์ ☐ ธนาคาร ธ.ก.ส.ประสาทบัญชี ออมทรัพย์ ☐ ธนาคาร ออมสิน ประสาทบัญชี เงินฝากเผื่อเรียก
ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

4. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- ☐ 4.1 แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.01)
- ☐ 4.2 แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.02)
- ☐ 4.3 สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
- ☐ 4.4 หนังสือรับรองรายได้หรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่มีรายได้ประจำเป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท) จำนวน.....ใบ (ถ้ามี)
- ☐ 4.5 เอกสาร หรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรหรือเอกสารอื่นใดที่แสดงสถานะหรือตำแหน่งของผู้รับรองคนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2
- ☐ 4.6 สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ได้นี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ยินยอมให้นำข้อมูลในบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อตรวจสอบสถานะบุคคลในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร ข้อมูลทางการเงินและทรัพย์สิน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินในส่วนที่รับไปโดยไม่มีสิทธิ หรือยินยอมให้หักจากสวัสดิการอื่น หรือหักจากบัญชีเงินฝากธนาคารของข้าพเจ้าได้ ในการนี้ข้าพเจ้ายินดีรับข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็กผ่านช่องทางต่าง ๆ

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

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

.....คัดตามรอยปรุ.....

หมายเหตุ : สำหรับเก็บไว้เป็นหลักฐานเพื่อยืนยันการลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

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

1.1 ชื่อ-นามสกุล ผู้ลงทะเบียน.....

1.2 เลขประจำตัวประชาชน.....

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

1.4 เลขประจำตัวประชาชน.....

2. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- ☐ แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.01)
- ☐ แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.02)
- ☐ สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
- ☐ หนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท หรือผู้มีรายได้ประจำ) จำนวน.....ใบ
- ☐ เอกสาร หรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรอง

คนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2

- ☐ สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน

ส่วนที่ 2 : ผู้รับรอง

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

แบบ ตร.06



แบบคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิผู้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

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

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ยื่นคำร้อง

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

ข้าพเจ้า ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว

เลขประจำตัวประชาชน - - - -

มีความประสงค์ยื่นคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิผู้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดของ

เด็กชาย/เด็กหญิง.....

โดยขอเปลี่ยนแปลงผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

จาก เด็กชาย/เด็กหญิง/นาย/นาง/นางสาว.....

เป็น เด็กชาย/เด็กหญิง/นาย/นาง/นางสาว.....

เนื่องจาก.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง

ลงชื่อ.....

.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับคำร้อง
ตำแหน่ง.....

ส่วนที่ 2

เรียน อธิบดีกรมกิจการเด็กและเยาวชน/พัฒนาสังคมและความมั่นคง

ของมนุษย์จังหวัด.....

พร้อมนี้ได้แนบ แบบ ตร.01 และ แบบ ตร.02 มาเรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

(.....)

ผอ.สำนักงานเขต/นายก อบต./นายกเทศมนตรีเทศบาล/

นายกเมืองพัทยา.....

วันที่.....

ส่วนที่ 3 การพิจารณาข้อเท็จจริง

ได้พิจารณาข้อเท็จจริงตามเหตุผลที่ระบุแล้ว พบว่า

☐ ผู้ยื่นคำร้องเป็นผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนได้

ตามคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิ

☐ ผู้ยื่นคำร้องเป็นผู้ไม่มีสิทธิรับเงินอุดหนุนได้

ตามคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิ

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

อธิบดีกรมกิจการเด็กและเยาวชน/

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด.....

วันที่.....

หมายเหตุ : ให้แนบบแบบคำร้องขอลงทะเบียน (แบบ ตร.01) และแบบรับรองสถานะของครัวเรือน (แบบ ตร.02) ของผู้ยื่นขอเปลี่ยนแปลงสิทธิ