



**คู่มือปฏิบัติงาน  
การรับลงทะเบียน เปี้ยนยังชีพผู้สูงอายุ  
ผู้พิการ และผู้ป่วยเอดส์**

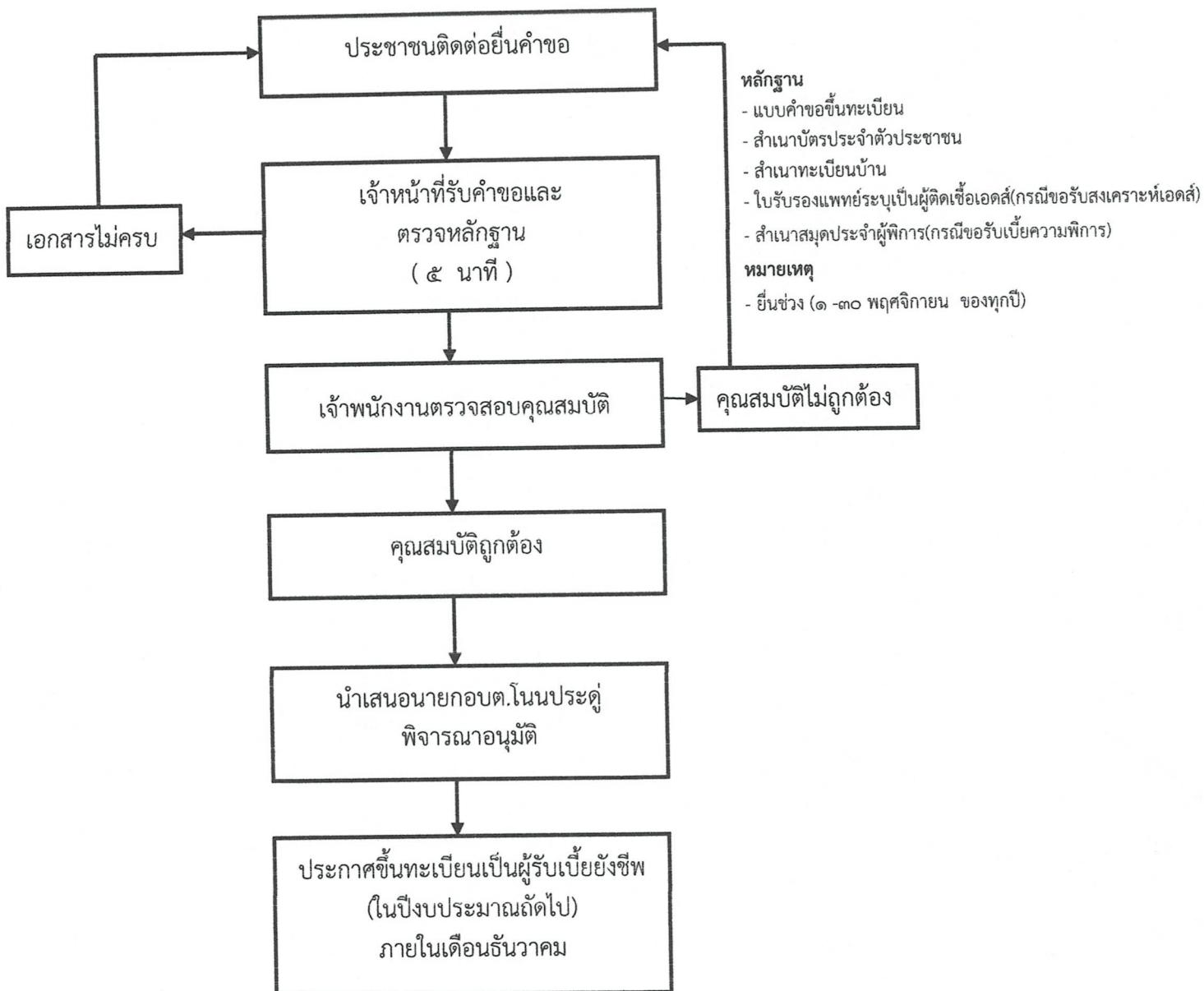
สำนักปลัด

องค์การบริหารส่วนตำบลโนนประดู่

อำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา

๐๔๔-๕๗๗-๐๑๔

ขั้นตอนการรับลงทะเบียนรับเบี้ยผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์  
องค์การบริหารส่วนตำบลโนนประดู่ อำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา



## แบบคำขอขั้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาเขียนคำขอลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับคนพิการ  
ที่ขึ้นทะเบียน โดยเป็น  บิดา - มารดา  สามี - ภรรยา  พี่น้อง  ผู้ดูแลคนพิการ  อื่น ๆ (ระบุ).....  
ลงทะเบียน ชื่อ - สกุล ( ผู้รับมอบอำนาจ).....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ  
 -    -    -   -  ที่อยู่.....  
.....โทรศัพท์.....

## ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

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

ชื่อ.....นามสกุล.....

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

เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ  -    -     -   - 

- |  |  |
|--|--|
| ประเภทคนพิการ <input type="checkbox"/> ความพิการทางการเห็น       | <input type="checkbox"/> ความพิการทางสติปัญญา    |
| <input type="checkbox"/> ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย   | <input type="checkbox"/> ความพิการทางการเรียนรู้ |
| <input type="checkbox"/> ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย | <input type="checkbox"/> ความพิการทางอหิตสติก    |
| <input type="checkbox"/> ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม           |  |

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

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

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

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ    | <input type="checkbox"/> ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ | <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) .....                 |
| <input type="checkbox"/> ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเอง | <input type="checkbox"/> มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ            | <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ |
| <input type="checkbox"/> มีอาชีพ (ระบุ).....                | รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....(บาท)                                    |   |

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> รับเงินสดด้วยตนเอง                       | <input type="checkbox"/> รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ                   |
| <input type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ | <input type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ |

ธนาคาร..... สาขา..... เลขบัญชี    -  -    - 

## พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้ :

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือ สำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย                   |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน   |
| <input type="checkbox"/> สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้รับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินฝากธนาคาร)            |
| <input type="checkbox"/> หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอ แทน) |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

(.....)

หมายเหตุ : ให้ขึ้นตราข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย / ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้พิการที่ยืนคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยความพิการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2555 ถึง เดือนกันยายน 2560 ในอัตราเดือน 800 บาท ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน กรณีผู้พิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่

## แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาอ้างคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอ [ ] แจ้งด้วยตัวเอง [ ] ผู้อื่นคำขอ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....  
 กับผู้สูงอายุที่ขอเขียนชื่อ - สกุล..... เอกประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ □-□□□□□-□□□□□□-□□-□ ที่อยู่.....  
 โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เจียนที่.....

วันที่.....เดือน....พฤษจิกายน....พ.ศ. ....2558

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

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

มีชื่อยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบลโนนประคุ่ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา รหัสไปรษณีย์ ๓๐๔๓๐ โทรศัพท์.....

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

สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  แยกกันอยู่  อื่นๆ.....

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

 เกี่ยวข้องโดยเป็น  บิดา-มารดา  บุตร  สามี-ภรรยา  พี่น้อง  อื่นๆ..... ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ ข่ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่เมื่อ.....

มีความประสงค์จะขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

 รับเงินสดด้วยตนเอง  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย  สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร(ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร) หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีมอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงาน  
 ของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....) (.....)

## แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาอ่านคำขอลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวกับคนพิการ  
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น  บิดา - มารดา  สามี - ภรรยา  พี่น้อง  ผู้ดูแลคนพิการ  อื่น ๆ (ระบุ) .....  
ลงทะเบียน เชือ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ) ..... เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ  
 -   -    -   -  ที่อยู่ .....  
..... โทรศัพท์ .....

## ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่..... องค์กรบริหารส่วนตำบลโนนประดู่.....

วันที่..... ๑..... เดือน..... พฤษภาคม ..... พ.ศ. ๒๕๕๘ .....

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

ชื่อ..... ทองดี..... นามสกุล..... บุญดี.....  
เกิดวันที่..... ๑..... เดือน..... กุมภาพันธ์ ..... พ.ศ. ๒๔๙๙..... อายุ..... ๖๐..... ปี สัญชาติ..... ไทย..... มีเชื้อสายในสำเนาทะเบียนบ้าน  
เลขที่..... ๑..... หมู่ที่..... ๑..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... หมู่บ้าน/ชุมชน..... หนองม่วง.....  
ตำบล/แขวง..... โนนประดู่..... อำเภอ/เขต..... สีค่าย..... จังหวัด..... นครราชสีมา.....  
รหัสไปรษณีย์..... ๓๐๔๓๐..... โทรศัพท์.....  
หมายเลขอปตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ  ๑ -  ๒  ๒  ๕  ๗ -  ๔  ๒  ๓  ๐  ๐ -  ๒  ๔ -  ๑

ประเภทคนพิการ  ความพิการทางการเห็น  ความพิการทางสติปัญญา  
 ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย  ความพิการทางการเรียนรู้  
 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย  ความพิการทางอหิตสติก  
 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส  โสด  สมรส  หน่าย  หย่าร้าง  แยกกันอยู่  อื่นๆ .....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้..... นางเมี้ยน บุญดี..... โทรศัพท์.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ  ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ  เคยได้รับ (ย้ายถิ่นฐาน) เข้ามายังใหม่  
เมื่อ.....

ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์  อื่นๆ (ระบุ) .....

ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเอง  มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ  ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้  
 มีอาชีพ (ระบุ)..... รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....(บาท)

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)  
 รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ  
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ  
 ธนาคาร..... สาขา..... เลขบัญชี    -  -    -

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้  
 สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือ สำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย  
 สำเนาทะเบียนบ้าน  
 สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้รับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินฝากธนาคาร)  
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวทั้งหมดเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ทองดี บุญดี..... ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน  
 (ลงชื่อ)..... 。。。。。 (.....นายทองดี บุญดี.....)

หมายเหตุ : ให้ขึดชื่อข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน <b>□-□□□□□-□□□□□□-□□-□</b> ของ นาย/นาง/นางสาว.....แล้ว<sup>.....</sup>  <input type="checkbox"/> เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้  <sup>.....</sup>            (ลงชื่อ).....  <sup>(.....)</sup>            เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน         </p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านใหม่ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้  <input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน            กรรมการ (ลงชื่อ).....            (นางสุภาวรรณ นากุดนอก)              กรรมการ (ลงชื่อ).....            (นายสุพจน์ นากุดนอก)              กรรมการ (ลงชื่อ).....            (นางสาวเรณู สนนอก)         </p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....            (ลงชื่อ).....            (นายวีรวิทย์ เคียนจังหวีด)            ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ปฏิบัติหน้าที่            นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโนนประดู่            วันที่..... เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 255<sup>๘</sup> .....</p>	

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 255<sup>๘</sup>

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 256<sup>๐</sup> โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพ  
ผู้สูงอายุตั้งแต่เดือน ตุลาคม 255<sup>๙</sup> ถึง เดือนกันยายน 256<sup>๐</sup> กรณีผู้สูงอายุ咽ยที่อยู่บ่ออยู่ที่อื่นตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม 2558  
ถึง วันที่ 30 พฤษภาคม 2559 จะต้องไปยื่นคำขอลงทะเบียนก่อนลื้นปีงบประมาณหรือภายใน เดือนพฤษจิกายน  
255<sup>๙</sup> เพื่อรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

## แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

เอกสารนี้ผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาอีกคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอ [ ] แจ้งด้วยตัวเอง [ ] ผู้อื่นคำขอ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....  
 กับผู้สูงอายุที่ขอเขียนชื่อ - สกุล..... เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ  
 ☐-☐-☐-☐-☐-☐-☐-☐-☐ ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่...องค์การบริหารส่วนตำบลโนนประดู่.....

วันที่.....๑.....เดือน พฤษภาคม.....พ.ศ. ๒๕๖๐.....

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

เกิดวันที่...๑๕.....เดือน พฤษภาคม.....พ.ศ. ๒๕๔๙.....อายุ...๖๐.....ปี สัญชาติ....ไทย.....

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....๑๒.....หมู่ที่.....๗.....ซอย.....ถนน.....

ตำบลโนนประดู่ อำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา รหัสไปรษณีย์ ๓๐๔๓๐ โทรศัพท์.....

หมายเลขอปตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ ๓-๓๐๑๒-๐๐๑๒๕-๐๖-๐

สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  แยกกันอยู่  อื่นๆ.....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....นางสายทอง ทองดี.....โทรศัพท์.....

เกี่ยวข้องโดยเป็น  บิดา-มารดา  บุตร  สามี-ภรรยา  พี่น้อง  อื่นๆ..... ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามายังใหม่เมื่อ.....

มีความประสงค์จะขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

 รับเงินสดด้วยตนเอง  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย  สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร(ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร) หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ศิริพร ทองดี.....ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....นางศิริพร ทองดี.....)

หมายเหตุ ให้จัดฝ่ายความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความ

## แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558

ผู้ยื่นคำขอ [ ] แจ้งด้วยตนเอง  
 [ ] ผู้ยื่นคำขอ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น..... กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียน  
 ชื่อ - สกุล..... เลขประจำตัวประชาชน .....,  
 ที่อยู่.....  
 โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

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

หมายเลขอัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ  .....

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

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้..... โทรศัพท์.....  
 เกี่ยวข้องโดยเป็น  ปิตा-มารดา  บุตร  สามี-ภรรยา  พี่น้อง  อื่นๆ .....

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ  ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ  อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> รับเงินสดด้วยตนเอง                       | <input type="checkbox"/> รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ                   |
| <input type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ | <input type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ |

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
  - สำเนาทะเบียนบ้าน
  - ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง
  - หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอ แทน)
- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน  
 (.....) (.....)

หมายเหตุ ให้ขึ้นตราข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

เรียน คณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน  ..... แล้ว

เป็นผู้มีสิทธิครบถ้วน

เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้ .....

(ลงชื่อ) ..... เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโนนประดู่

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

สมควรรับขึ้นทะเบียน

ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

(.....)

(.....)

(.....)

กรรมการ

กรรมการ

กรรมการ

คำสั่ง

รับขึ้นทะเบียน

ไม่รับขึ้นทะเบียน

อื่นๆ.....

(นายวีรวิทย์ เคียนจังหวีด)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ปภูบติน้ำที่

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโนนประดู่

..... / ..... / .....

## แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558

ผู้ยื่นคำขอ [ / ] แจ้งด้วยตนเอง  
 [ ] ผู้ยื่นคำขอ แทนตามหน้าสื่อมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น..... กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียน  
 ชื่อ - สกุล..... เลขประจำตัวประชาชน .....,  
 ที่อยู่.....  
 โทรศัพท์.....

เจียนที่..... องค์การบริหารส่วนตำบลโนนประดู่.....

วันที่..... 12.....เดือน.....พฤษจิกายน..... พ.ศ. 2558....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ..... ทองดี..... นามสกุล..... ใจดี.....  
 เกิดวันที่..... 1.....เดือน..... มกราคม..... พ.ศ. ....2526..... อายุ..... 32..... ปี สัญชาติ..... ไทย.....  
 มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่..... 1..... หมู่ที่..... 2..... ตรอก/ซอย.....  
 ถนน.....-..... ตำบล/แขวง..... โนนประดู่..... อำเภอ/เขต..... สีดา.....  
 จังหวัด..... นครราชสีมา..... รหัสไปรษณีย์..... 30430..... โทรศัพท์.....  
 หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ  ..... 332012001265060.....  
 สถานภาพสมรส  โสด  สมรส  หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่  อื่นๆ .....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้..... นางบุญมี..... โทรศัพท์..... ใจดี.....  
 เกี่ยวข้องโดยเป็น  บิดา-มารดา  บุตร  สามี-ภรรยา  พี่น้อง  อื่นๆ .....

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ  ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ  อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง
- หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอ แทน)
- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ทองดี ใจดี..... ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน  
 (..... นางทองดี ใจดี.....)

หมายเหตุ ให้ขึ้นมาข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

เรียน คณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน  ..... แล้ว

เป็นผู้มีสิทธิครบถ้วน

เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) ..... เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโนนประดู่

คณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

สมควรรับขึ้นทะเบียน

ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

(.....)

(.....)

(.....)

กรรมการ

กรรมการ

กรรมการ

คำสั่ง

รับขึ้นทะเบียน

ไม่รับขึ้นทะเบียน

อื่นๆ .....

(นายวีรวิทย์ เคียนจังหวีด)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ปฏิบัติหน้าที่  
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโนนประดู่

..... / ..... / .....

## ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

1. ผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ชี้ออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
2. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิล้านาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลในประเทศ
3. การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ อบต.โนนประดู่ โดยมีหลักฐานที่ต้องนำมา ดังนี้
  - 3.1 ใบรับรองแพทย์ชี้ออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง
  - 3.2 บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสาเนา)
  - 3.3 ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสาเนา)
4. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเอง จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้
5. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุ และคนพิการตัวยัง สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด
6. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้ว ย้ายภูมิล้านา (ย้ายซื้อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิล้านาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิล้านาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ถึงเดือนที่ย้ายภูมิล้านาเท่านั้น
7. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพฯ เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้องแจ้งให้อบต.โนนประดู่ทราบภายใน 3 วัน

