



คู่มือการปฏิบัติงาน

การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ
การยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ
การลงทะเบียนขอรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
การยื่นคำร้องขอรับความช่วยเหลือประชาชน

งานสังคมสงเคราะห์ ฝ่ายสังคมสงเคราะห์
กองสวัสดิการสังคม เทศบาลนครอุดรธานี
อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

คำนำ

งานสังคมสงเคราะห์ ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลนครอุดรธานี อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคม การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้แก่ประชาชนในพื้นที่ตำบลหมากแข้งให้สามารถเข้าถึงสิทธิประโยชน์อันพึงได้รับจากภาครัฐ ภายใต้กรอบแนวคิดหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาชนได้รับการอำนวยความสะดวกและได้รับการตอบสนองความต้องการ ให้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๖ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ , ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๘ , และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๖

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการ ได้มีความเข้าใจแนวทางและขั้นตอนการดำเนินการปฏิบัติราชการที่ชัดเจน อันจะนำไปสู่การได้รับการบริการและการอำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชนผู้มาใช้บริการของทางภาครัฐที่ถูกต้องและเป็นมาตรฐานเดียวกันไม่เลือกการปฏิบัติ รวมถึงการกำหนดมาตรฐานและระยะเวลาในการดำเนินการให้ประชาชนได้รับความสะดวกและตอบสนองความต้องการตามเป้าประสงค์ คู่มือการปฏิบัติงานด้านสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ ยังสามารถใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติราชการได้ถูกต้องและมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการประชาชนได้เป็นอย่างดีถูกต้องและชัดเจน เพื่อการปฏิบัติราชการให้เกิดผลสัมฤทธิ์

งานสังคมสงเคราะห์ ฝ่ายสังคมสงเคราะห์
กองสวัสดิการสังคม เทศบาลนครอุดรธานี

สารบัญ

หน้า

บทที่ ๑ บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญ	
บทที่ ๒ การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๒
ตารางแสดงขั้นตอนและระยะเวลาปฏิบัติงาน	๔
บทที่ ๓ การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ	๗
ตารางแสดงขั้นตอนและระยะเวลาปฏิบัติงาน	๘
บทที่ ๔ การขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ	๑๒
ตารางแสดงขั้นตอนและระยะเวลาปฏิบัติงาน	๑๓
บทที่ ๕ การลงทะเบียนขอรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด	๑๕
กระบวนการดำเนินโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด	๑๖
ตารางแสดงขั้นตอนและระยะเวลาปฏิบัติงาน	๑๘
บทที่ ๖ การยื่นคำร้องขอรับความช่วยเหลือประชาชน	๑๙
ตารางแสดงขั้นตอนและระยะเวลาปฏิบัติงาน	๒๐
ภาคผนวก	

บทที่ ๑

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

คู่มือการปฏิบัติงาน (work manual) เป็นเครื่องมือสำคัญในการทำงานด้านสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ ซึ่งเป็นการจัดทำรายละเอียดของแนวทางการปฏิบัติงานในกองสวัสดิการสังคม งานสังคมสงเคราะห์ อย่างเป็นระบบ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติราชการ การแนะแนวทางการปฏิบัติงาน การตรวจสอบความถูกต้อง การลำดับขั้นตอน ไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน การควบคุมการปฏิบัติงาน การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน อีกทั้ง ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานขององค์กร และยังเป็นกำลังสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานตามแนวทางของสำนักคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ที่มุ่งไปสู่การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ และได้มาตรฐานเป็นไปตามเป้าหมาย ได้ผลิตผลหรือการบริการที่มีคุณภาพ ตามกำหนดระยะเวลาเพื่อประโยชน์สุขของประชาชน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่ออธิบายขั้นตอนรายละเอียดของกระบวนการทำงานให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจถึงขั้นตอนการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องและชัดเจน
๒. เพื่อใช้เป็นหลักปฏิบัติให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน สะดวก รวดเร็วในการบริการประชาชนผู้มาติดต่อราชการ
๓. เพื่อให้เป็นเครื่องมือในการตรวจสอบและติดตามประเมินผลการปฏิบัติราชการอย่างสม่ำเสมอ

ขอบเขต

คู่มือการปฏิบัติงาน เล่มนี้ครอบคลุมขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ เฉพาะงานด้านการจัดสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ เน้นการให้บริการประชาชนตามสิทธิที่พึงจะได้รับจากรัฐ และการกำหนดหลักเกณฑ์กระบวนการช่วยเหลือประชาชนที่อาศัยในเขตเทศบาลนครอุดรธานี

กรอบแนวคิด

การบริการชุมชน/สังคม และกระบวนการช่วยเหลือประชาชน

บทที่ ๒

การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

การเตรียมการดำเนินการลงทะเบียน

เพื่อให้การดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนและวิธีปฏิบัติในการลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นไปด้วยความเรียบร้อย สะดวก รวดเร็ว บรรลุวัตถุประสงค์และเกิดประสิทธิภาพสูงสุด มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

๑. การจัดทำประกาศและประชาสัมพันธ์การลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุรายใหม่ที่ยังไม่เคยลงทะเบียนมาก่อน ซึ่งเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติอายุครบ ๖๐ ปี บริบูรณ์และผู้ที่จะมีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ในปีงบประมาณถัดไปและผู้สูงอายุที่ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาใหม่ในเขตเทศบาลนครอุดรธานี โดยเตรียมเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอลงทะเบียน ดังนี้

เอกสารหลักฐาน ประกอบด้วย

- (๑) บัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
- (๒) ทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
- (๓) สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร จำนวน ๑ ฉบับ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
- (๓) มีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อเทศบาลนครอุดรธานี
- (๔) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ บำนาญพิเศษ เบี้ยหวัด หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการ และผู้ป่วย เอดส์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘

๒. รับลงทะเบียนผู้สูงอายุเริ่มแต่เดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคมของทุกปี

๓. จัดทำประกาศบัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในแต่ละเดือนแล้วปิดประกาศโดยเปิดเผยให้ สาธารณชนทราบภายในวันที่ ๕ ของเดือนถัดไป

๔. บันทึกข้อมูลผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพในระบบสารสนเทศการ จัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๕. จัดทำรายงานสรุปจำนวนผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยพิมพ์ออกจาก ระบบสารสนเทศเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ “รายงานสรุปยอดผู้ที่ได้รับเบี้ยยังชีพแยกตามประเภท” จัดส่งให้สำนักงานท้องถิ่นจังหวัดอุดรธานี ภายในวันที่ ๑๕ ธันวาคมของทุกปี

๖. ภายในเดือนตุลาคมของทุกปีประชาสัมพันธ์รับแสดงตนผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุทั้งรายเก่าและรายใหม่ให้มาแสดงตนที่สำนักงานเทศบาลนครอุดรธานี และ รายงานให้ผู้บริหารทราบ

๗. จัดทำฐานข้อมูลผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและรายงานให้ผู้บริหาร ทราบ

๘. ดำเนินการเบิกจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตาม ชั้นบันไดภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน อายุ ๖๐-๖๙ ปี ได้รับเบี้ยยังชีพ ๖๐๐ บาท อายุ ๗๐ - ๗๙ ปี ได้รับเบี้ยยังชีพ ๗๐๐ บาท อายุ ๘๐-๘๙ ปี ได้รับเบี้ยยังชีพ ๘๐๐ บาท อายุ ๙๐ ปีขึ้นไป ได้รับเบี้ยยังชีพ ๑,๐๐๐ บาท

การสิ้นสุดการได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑. ตาย
๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตเทศบาลนครอุดรธานี
๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อเทศบาลนครอุดรธานี
๔. ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์ การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๖

ตารางแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติงาน

การรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ลำดับ	ประเภทขั้นตอน	ขั้นตอนการให้บริการ	ระยะเวลาให้บริการ	หมายเหตุ
๑	การยื่นเอกสาร	ผู้สูงอายุที่ประสงค์จะขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในปีงบประมาณและปีงบประมาณถัดไป หรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิกรอบบคำขอลงทะเบียนพร้อมยื่นหลักฐานประกอบการยื่นลงทะเบียนต่อเจ้าหน้าที่	๓ นาที	
๒	การตรวจสอบเอกสาร	เจ้าหน้าที่ตรวจสอบแบบลงทะเบียนและหลักฐานประกอบ/สำเนา/บันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศฯรวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติฯ	๓ นาที	
๓	การพิจารณา	คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ตรวจสอบคุณสมบัติผู้สูงอายุประกอบเอกสารหลักฐานแล้วพิจารณาให้ความข้อคิดเห็น	๓ นาที	
๔	การอนุมัติ	เสนอผู้บริหารลงนาม	๓ นาที	

ขั้นตอนการขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

1. ให้มาขอขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ กองสวัสดิการสังคม
2. เจ้าหน้าที่ ตรวจสอบคุณสมบัติ และเอกสาร

ตรวจสอบคุณสมบัติ

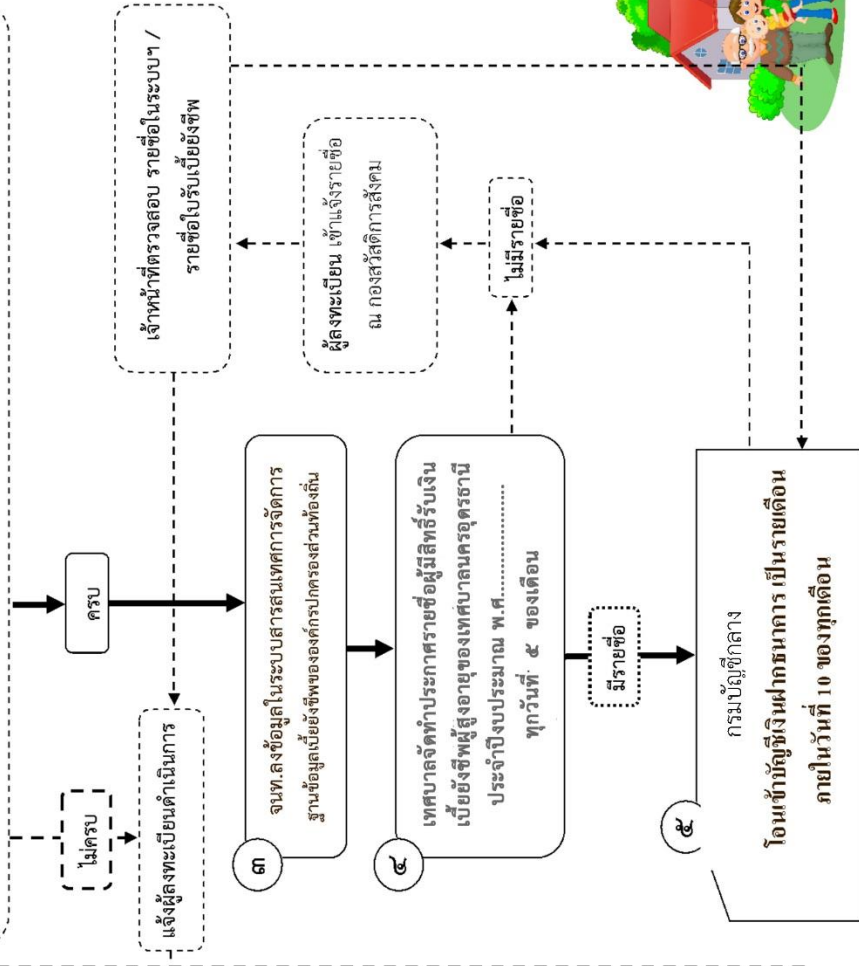
1. มีสัญชาติไทย
2. มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่ แต่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ หรือผู้ที่อาศัยทะเบียนบ้านใหม่ก่อนสิ้นเดือน พฤศจิกายน ของทุกปี
3. มีอายุครบ 60 ปีขึ้นไปครบถ้วน
4. ไม่เป็นผู้ที่ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์ใด ๆ จากหน่วยงานของรัฐ รัฐบาลท้องถิ่น หรือเทศบาล อบต. ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใด ในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ที่ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ ต่อตนเอง ผู้อื่น ที่รัฐหรือเทศบาล อบต. จัดให้เป็น ประจํา ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์

ตามระเบียบ

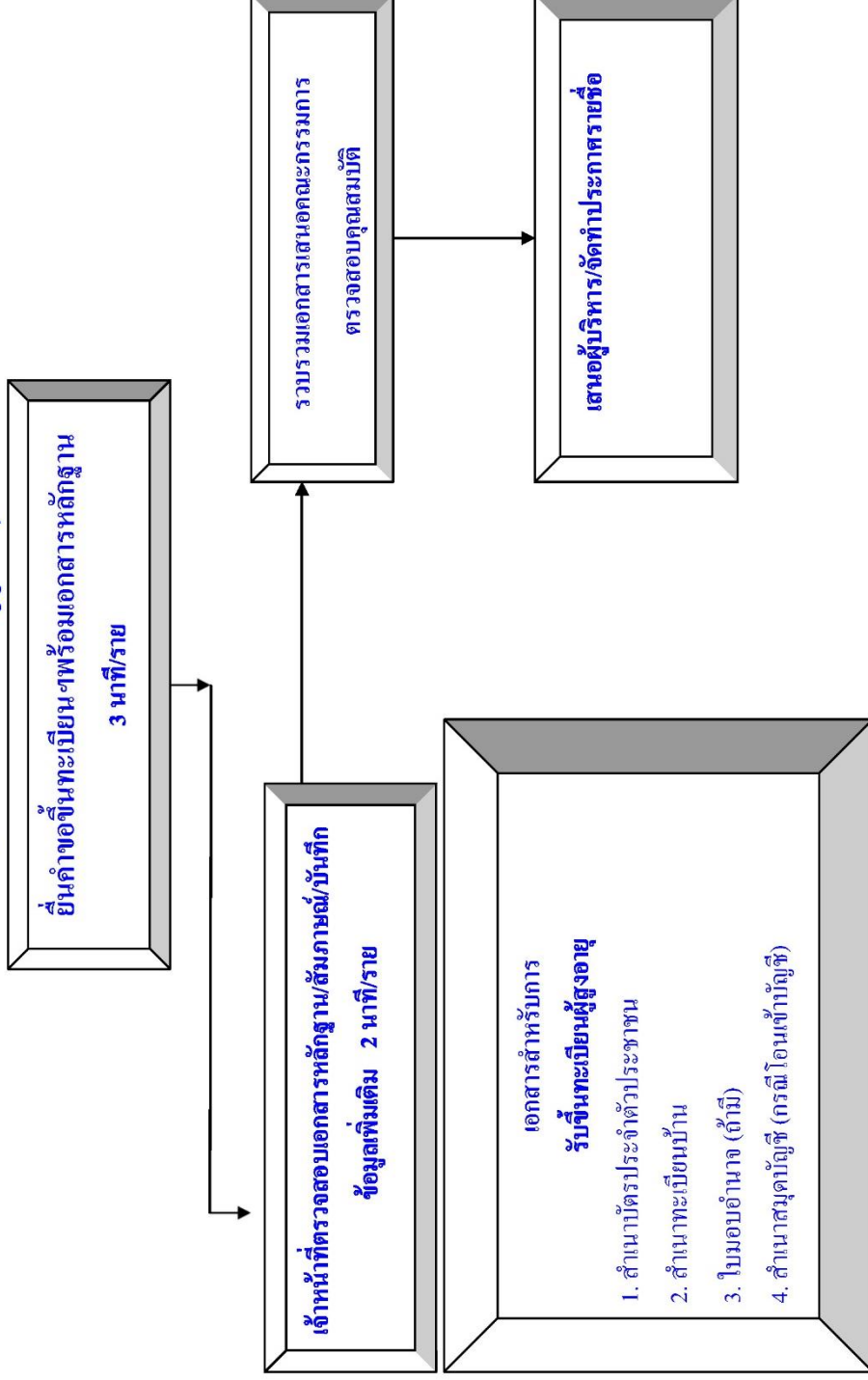
- ขาดคุณสมบัติ
- คุณสมบัติครบ

หลักฐานการขอขึ้นทะเบียน

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานรัฐ ที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ชุด
2. สำเนาทะเบียนบ้าน(ที่เป็นปัจจุบัน) จำนวน ๑ ชุด
3. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากในนามผู้มีสิทธิ/ผู้ได้รับมอบอำนาจผู้มีสิทธิพร้อมสำเนา จำนวน 1 ชุด
๕. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอขึ้นทะเบียนแทน) พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ



แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ)



ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ เดิม ๑๐ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๓-๕ นาที/ราย

บทที่ ๓

การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

การเตรียมการดำเนินการลงทะเบียน

๑. การจัดทำประกาศและประชาสัมพันธ์การลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการรายใหม่ที่ยังไม่เคยลงทะเบียนมาก่อน ซึ่งเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและที่ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาใหม่ในเขตเทศบาลนครอุดรธานี โดยเตรียมเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอลงทะเบียน ดังนี้

- (๑) เอกสารประกอบการลงทะเบียน
- (๒) บัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
- (๓) ทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
- (๔) สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร จำนวน ๑ ฉบับ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการ

- ๑) มีสัญชาติไทย
- ๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
- ๓) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพ

ชีวิตคนพิการ

- ๔) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

๒. รับลงทะเบียนคนพิการทุกเดือน

๓. จัดทำประกาศบัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการในแต่ละเดือน

๔. บันทึกข้อมูลคนพิการที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพความพิการในระบบ

สารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๕. จัดทำรายงานสรุปจำนวนผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพความพิการ โดยพิมพ์ออกจากระบบสารสนเทศเบี้ยยังชีพความพิการ “รายงานสรุปยอดผู้ที่ได้รับเบี้ยยังชีพแยกตามประเภท” จัดส่งให้สำนักงานท้องถิ่นจังหวัดอุดรธานี ภายในวันที่ ๑๕ ธันวาคมของทุกปี

๕. ตรวจสอบสถานะของคนพิการภายในเดือนตุลาคมปีงบประมาณถัดไปและ

๖. รายงานให้ผู้บริหารทราบ

๗. เบิกจ่ายเบี้ยยังชีพความพิการ คนพิการอายุต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์ คนละ ๑,๐๐๐ บาท และคนพิการที่อายุมากกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์ คนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน

การสิ้นสุดการได้รับเงินเบี้ยความพิการ

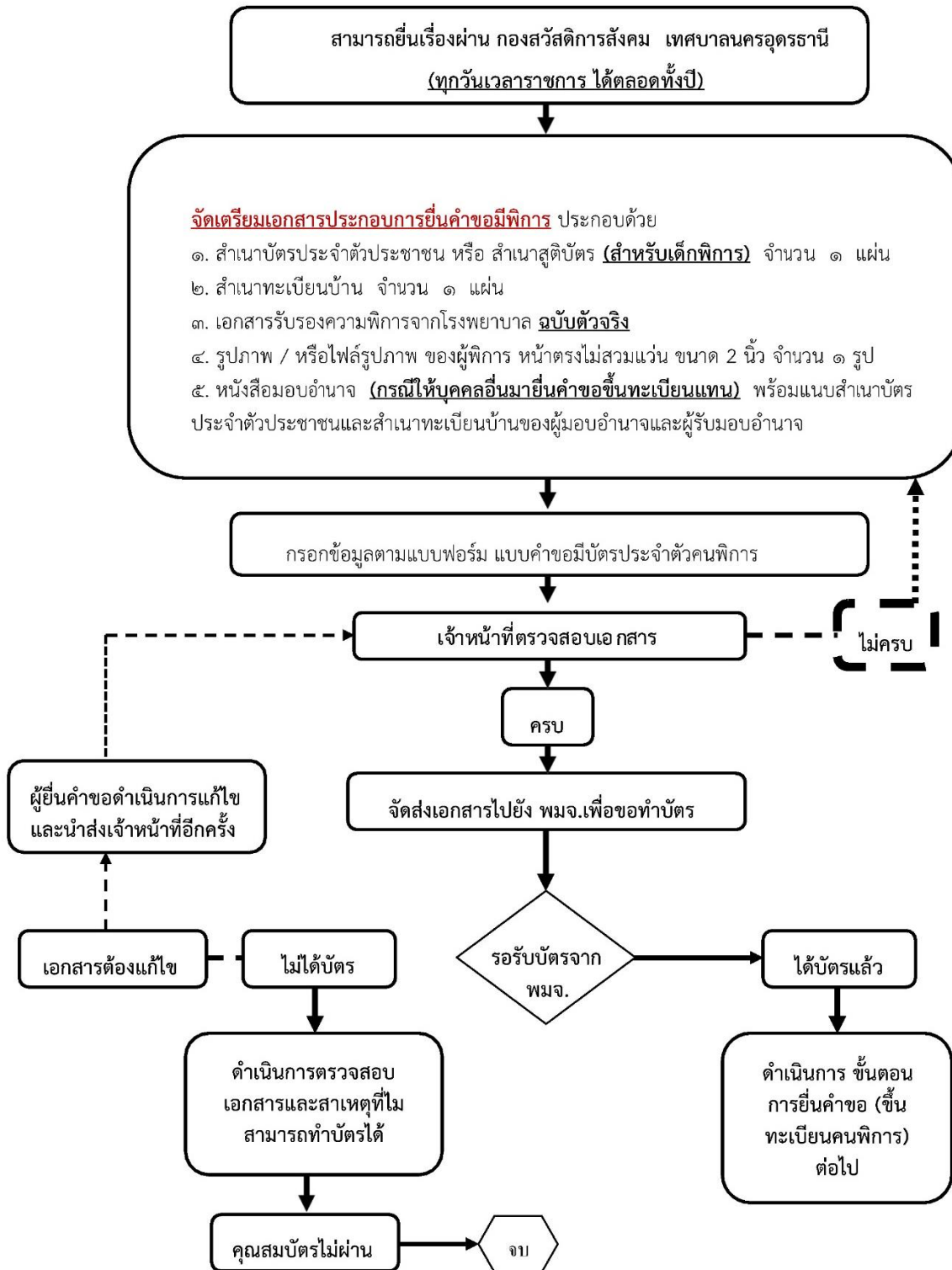
๑. ตาย
๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตเทศบาลนครอุดรธานี
๓. แจ้งสิทธิการขอรับเงินเบี้ยความพิการต่อเทศบาลนครอุดรธานี
๔. ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓

ตารางแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติงาน

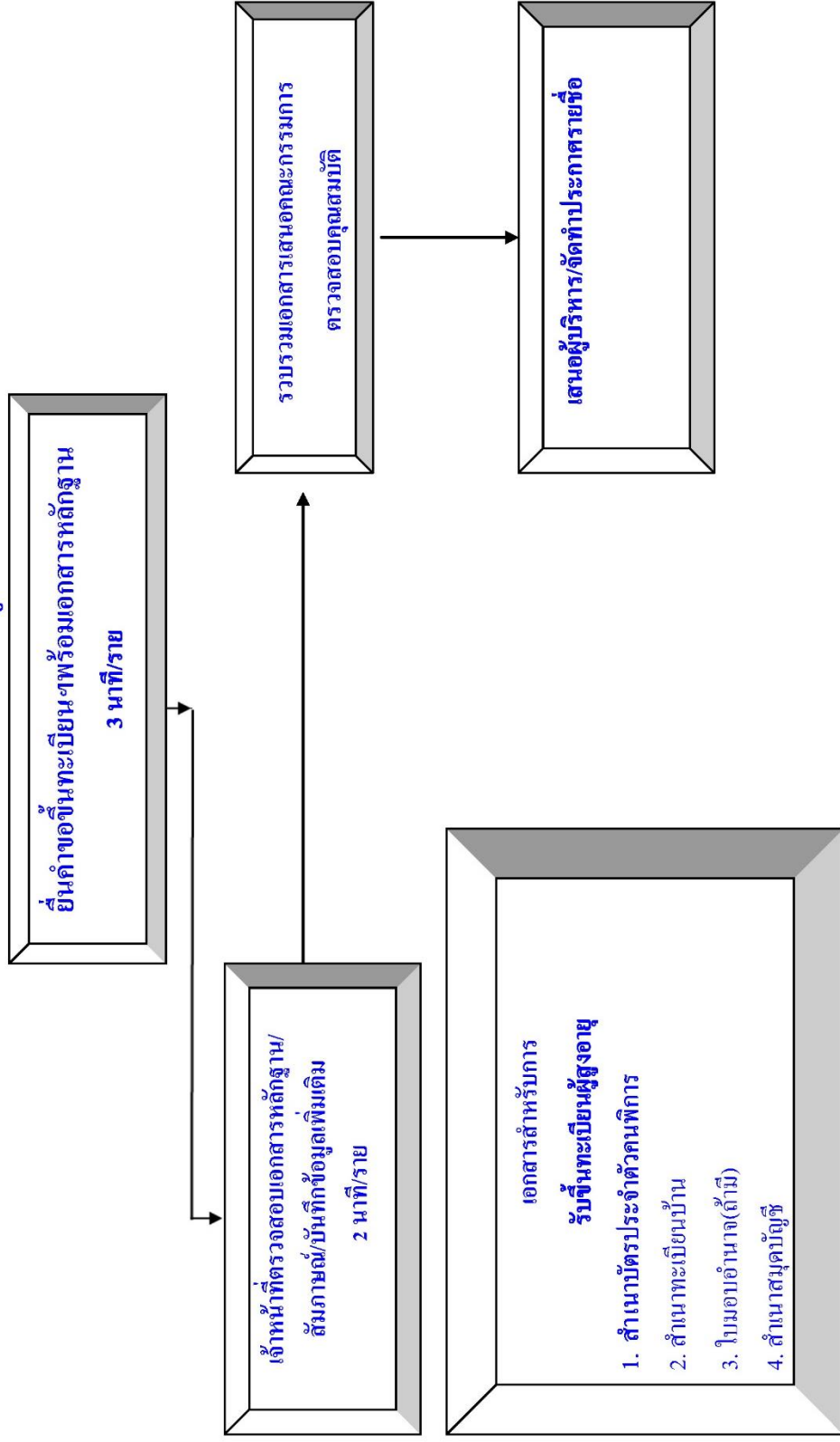
การรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ

ลำดับ	ประเภทขั้นตอน	ขั้นตอนการให้บริการ	ระยะเวลาให้บริการ	หมายเหตุ
๑	การยื่นเอกสาร	คนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการที่ประสงค์จะขอรับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณ หรือผู้ดูแลคนพิการ หรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิกรอบบำขอลงทะเบียนพร้อมยื่นหลักฐานประกอบการยื่นลงทะเบียนต่อเจ้าหน้าที่	๓ นาที	
๒	การตรวจสอบเอกสาร	เจ้าหน้าที่ตรวจสอบแบบลงทะเบียนและหลักฐานประกอบ/สัมภาระณ์/บันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศฯ รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติฯ	๓ นาที	
๓	การพิจารณา	คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ตรวจสอบคุณสมบัติคนพิการประกอบเอกสารหลักฐานแล้วพิจารณาให้ความข้อคิดเห็น	๓ นาที	
๔	การอนุมัติ	เสนอผู้บริหารลงนาม	๓ นาที	

ขั้นตอนการยื่นคำขอ(มีบัตรคนพิการ)

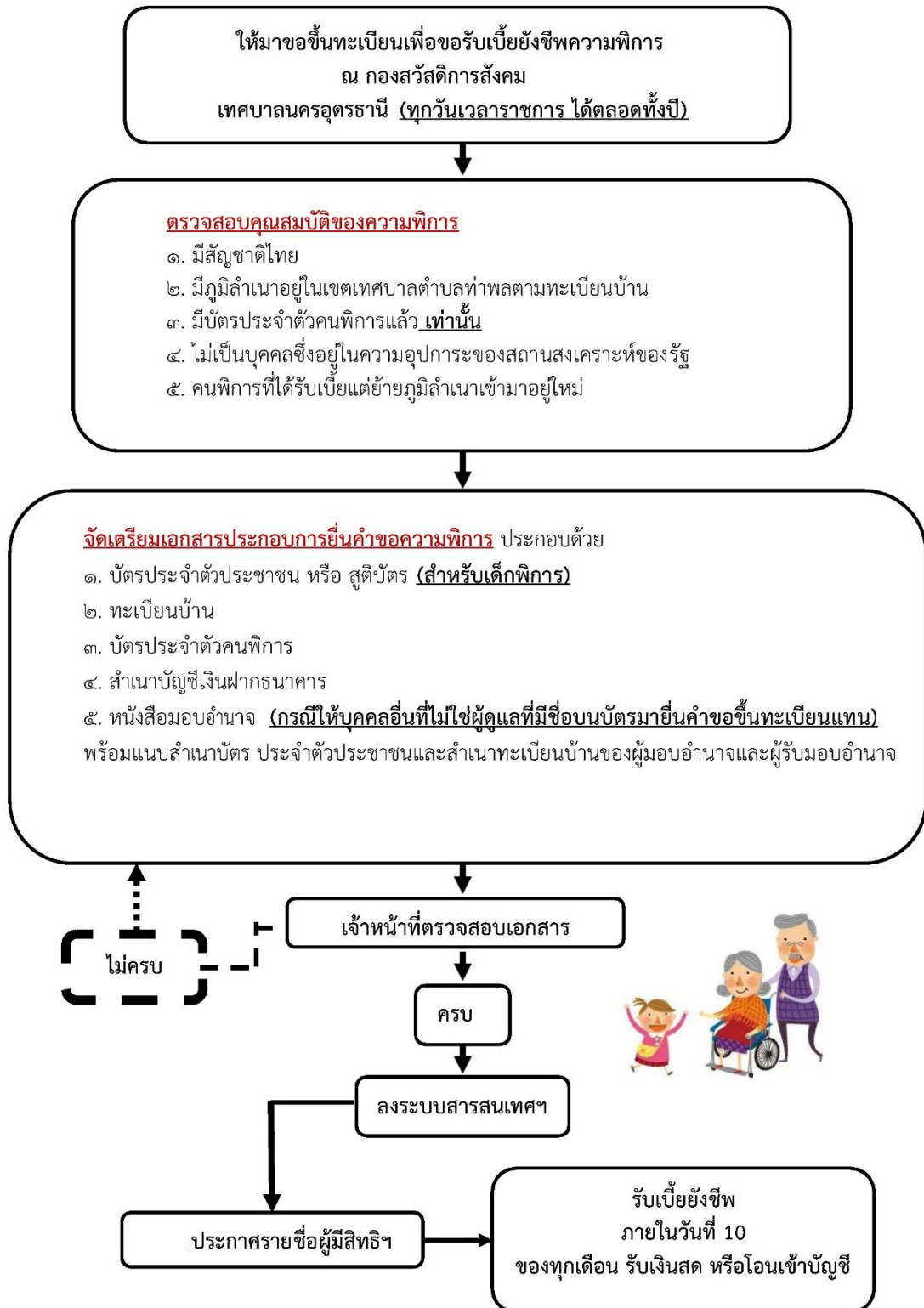


แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ)



ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ เดิม ๑๐ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๓-๕ นาที/ราย

ขั้นตอนการยื่นคำขอ(ขั้นทะเบียนคนพิการ)



บทที่ ๔

การขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ

การเตรียมการดำเนินการรับลงทะเบียน

๑. ผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ ต้องเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว

คุณสมบัติของผู้ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ

(๑) เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
 (๒) มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 (๒) มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารภ ประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ เป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

๒. ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่น ในกรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนก็ได้

๓. แต่งตั้งพนักงานส่วนท้องถิ่นให้มีหน้าที่ออกไปตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ของผู้รับการสงเคราะห์ว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติ สมควรจะได้รับการสงเคราะห์หรือไม่

๔. จัดทำรายชื่อผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพเสนอผู้บริหารท้องถิ่นอนุมัติให้เป็นผู้มีสิทธิ ได้รับเงินสงเคราะห์

๕. บันทึกข้อมูลผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ในระบบสารสนเทศการจ้ดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๖. ดำเนินการเบิกจ่ายเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์เดือนละ ๕๐๐ บาท

การสิ้นสุดการได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ

๑. ตาย

๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตเทศบาลนครอุดรธานี

๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อเทศบาลนครอุดรธานี

๔. ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘

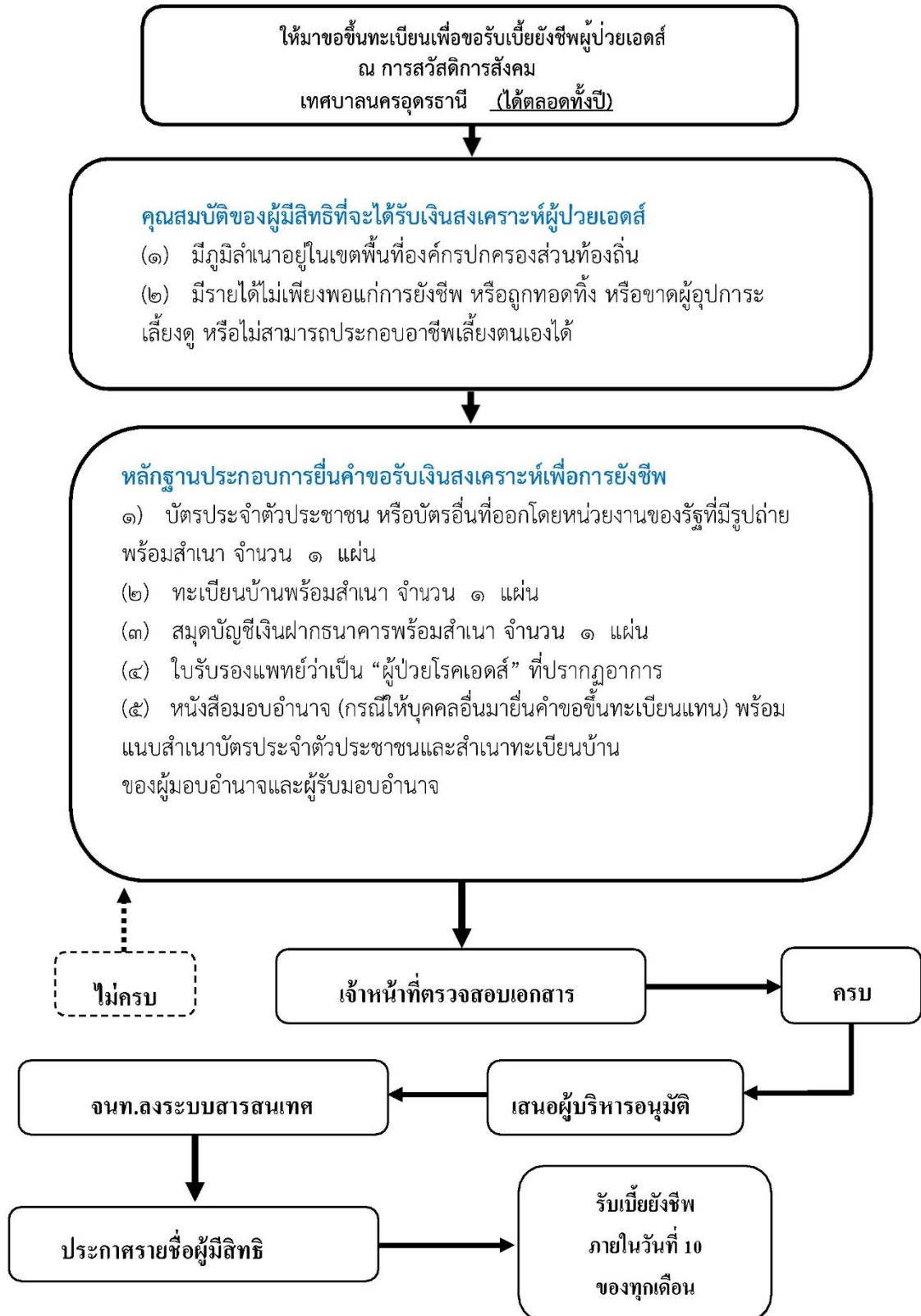
ตารางแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติงาน

การรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ

ลำดับ	ประเภทขั้นตอน	ขั้นตอนการให้บริการ	ระยะเวลาให้บริการ	หมายเหตุ
๑	การยื่นเอกสาร	ผู้ป่วยเอดส์ที่ประสงค์จะ ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการ ยังชีพ หรือผู้ที่ได้รับมอบ อำนาจจากผู้มีสิทธิ กรอบคำ ขอลงทะเบียนพร้อมยื่น หลักฐานประกอบการยื่น ลงทะเบียนต่อเจ้าหน้าที่	๓ นาที	
๒	การตรวจสอบเอกสาร	เจ้าหน้าที่ตรวจสอบแบบ ลงทะเบียนและหลักฐาน ประกอบ/สัมภาษณ์/บันทึก ข้อมูลในระบบสารสนเทศฯ รวบรวมเอกสารเสนอ คณะกรรมการตรวจสอบ คุณสมบัติฯ	๓ นาที	
๓	การพิจารณา	เจ้าหน้าที่ออกตรวจสภาพ ความเป็นอยู่และการ ตรวจสอบคุณสมบัติ ตรวจสอบคุณสมบัติผู้ป่วย เอดส์ประกอบเอกสาร หลักฐานแล้วพิจารณาให้ ความข้อคิดเห็น	๓๐ นาที	
๔	การอนุมัติ	เสนอผู้บริหารลงนาม	๓ นาที	

การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ทะเบียนการขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์



การลงทะเบียนขอรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

การเตรียมการดำเนินการลงทะเบียน

๑. ลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดที่เทศบาลนครอุดรธานี ตามแบบ

- แบบลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (ดร.๐๑)
- แบบรับรองสถานะของครัวเรือน ตารางแสดงจำนวนสมาชิกและรายได้ของครัวเรือน (แบบ ดร ๐๒)

คุณสมบัติของผู้ที่ลงทะเบียน

- (๑) เป็นหญิงตั้งครรภ์
- (๒) มีภูมิลำเนาในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านนา
- (๓) มีสัญชาติไทย
- (๔) บิดาของเด็กที่มีสัญชาติไทย

หลักฐานประกอบการลงทะเบียน

- (๑) สำเนาสูติบัตรเด็ก ๑ ฉบับ
- (๒) หนังสือรับรองรายได้หรือใบรับรองเงินเดือน(ของทุกคนที่มีรายได้ประจำเป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท) จำนวน ใบ(ถ้ามี)
- (๓) เอกสารหรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรหรือเอกสารอื่นใดที่แสดงสถานะหรือตำแหน่งของผู้รับรองคนที่ ๑ และผู้รับรองคนที่ ๒
- (๔) สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

๒. แจ้งผู้ลงทะเบียนให้ไปเปิดบัญชีธนาคารพร้อมลงทะเบียนพร้อมเพย์กับเลขบัตรประจำตัวประชาชน

๓. ส่งเอกสารหลักฐานให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานี

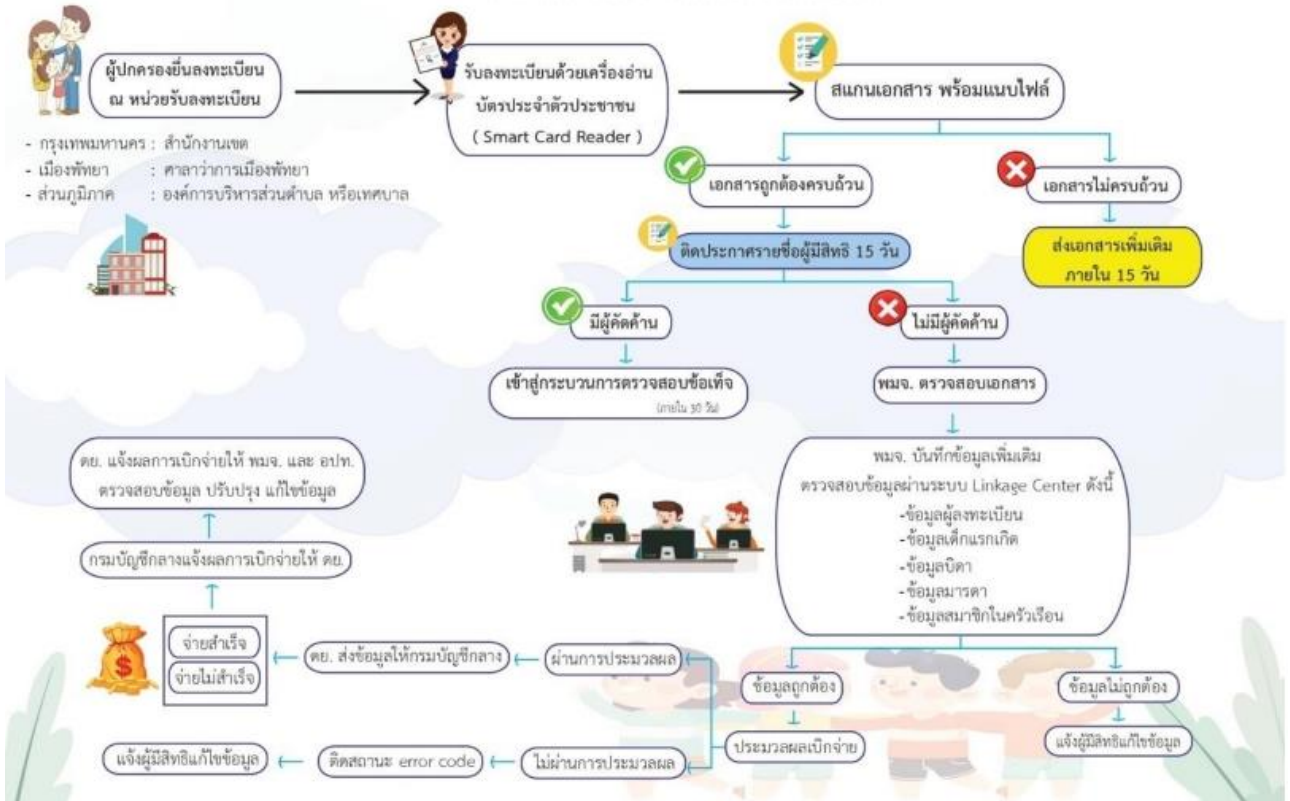
๔. จัดทำประกาศ เรื่อง รายชื่อผู้ขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ปิดประกาศในที่เปิดเผยเป็นเวลา ๑๕ วัน หากติดประกาศภายใน ๑๕ วันไม่มีผู้คัดค้านให้ถือว่าผู้มีรายชื่อนี้ตามบัญชี แบบทำยประกาศนี้ เป็นผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

๕. จัดส่งสูติบัตรของเด็กเพิ่มเติมกรณีรับลงทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ไปสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานี



กระบวนการดำเนินงานโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ปี 2565

กรณีลงทะเบียน ณ หน่วยรับลงทะเบียน





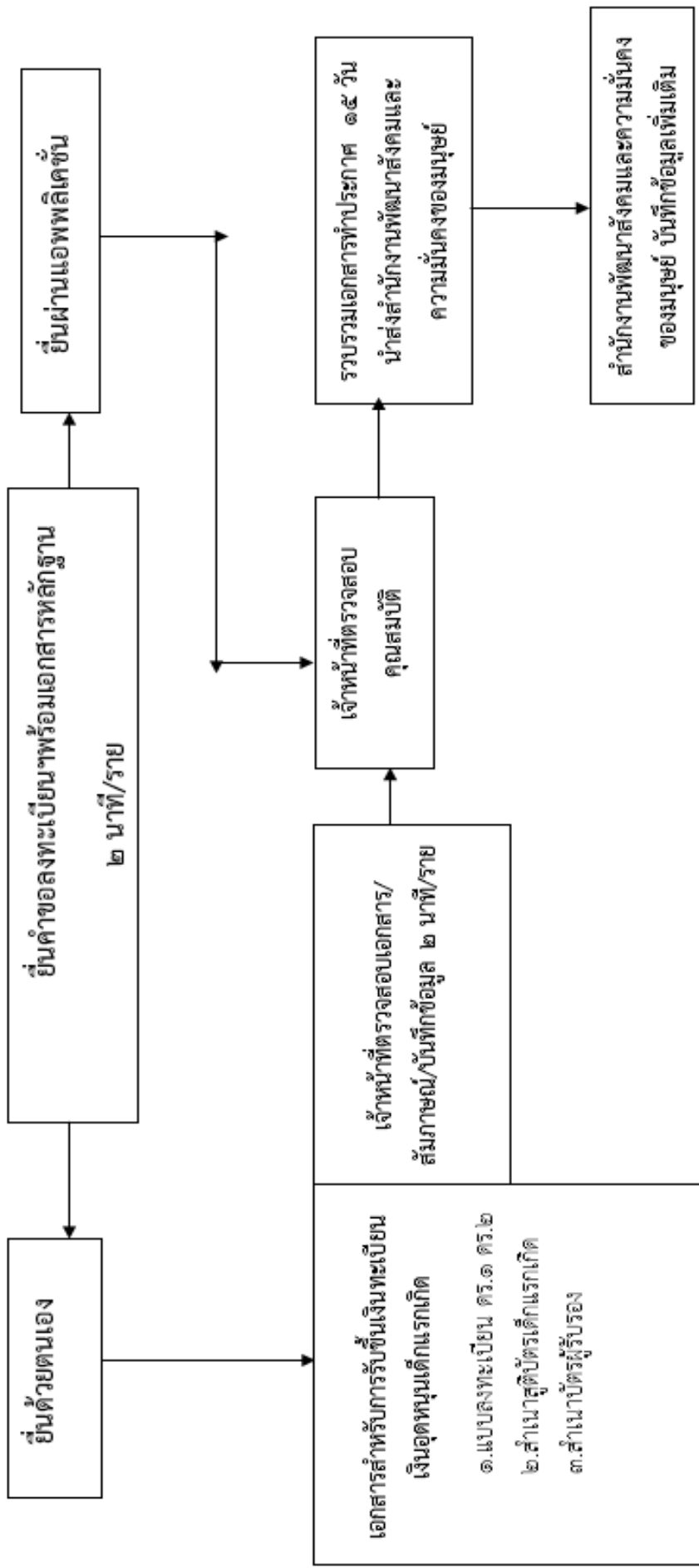
กระบวนการดำเนินงานโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ปี 2565

กรณีลงทะเบียนผ่าน Mobile Application "เงินเด็ก"





แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาปฏิบัติงานราชการ
(การรับขึ้นทะเบียนเด็กแรกเกิด)



ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด เดิม ๕ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ร้อยละ ๒-๓ นาที/ราย

บทที่ ๖

การยื่นลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือ

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความช่วยเหลือประชาชน ๕ ด้าน ประกอบด้วย

๑. การให้ความช่วยเหลือประชาชนด้านสาธารณสุข
๒. การให้ความช่วยเหลือด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต
๓. การให้ความช่วยเหลือเกษตรกรผู้มีรายได้น้อย
๔. การป้องกันและควบคุมโรค
๕. การให้ความช่วยเหลือด้านอื่น ๆ

ในกรณีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความจำเป็นต้องช่วยเหลือประชาชนในด้านการเยียวยาฟื้นฟูหลังเกิดสาธารณสุข ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านการช่วยเหลือเกษตรกรผู้มีรายได้น้อย ให้ดำเนินการ ดังนี้

ขั้นตอนการให้ความช่วยเหลือ

๑. การยื่นลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศให้ประชาชนที่ประสงค์จะขอรับการช่วยเหลือยื่นแบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายในระยะเวลาที่กำหนด

๒. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นของผู้ยื่นลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือ

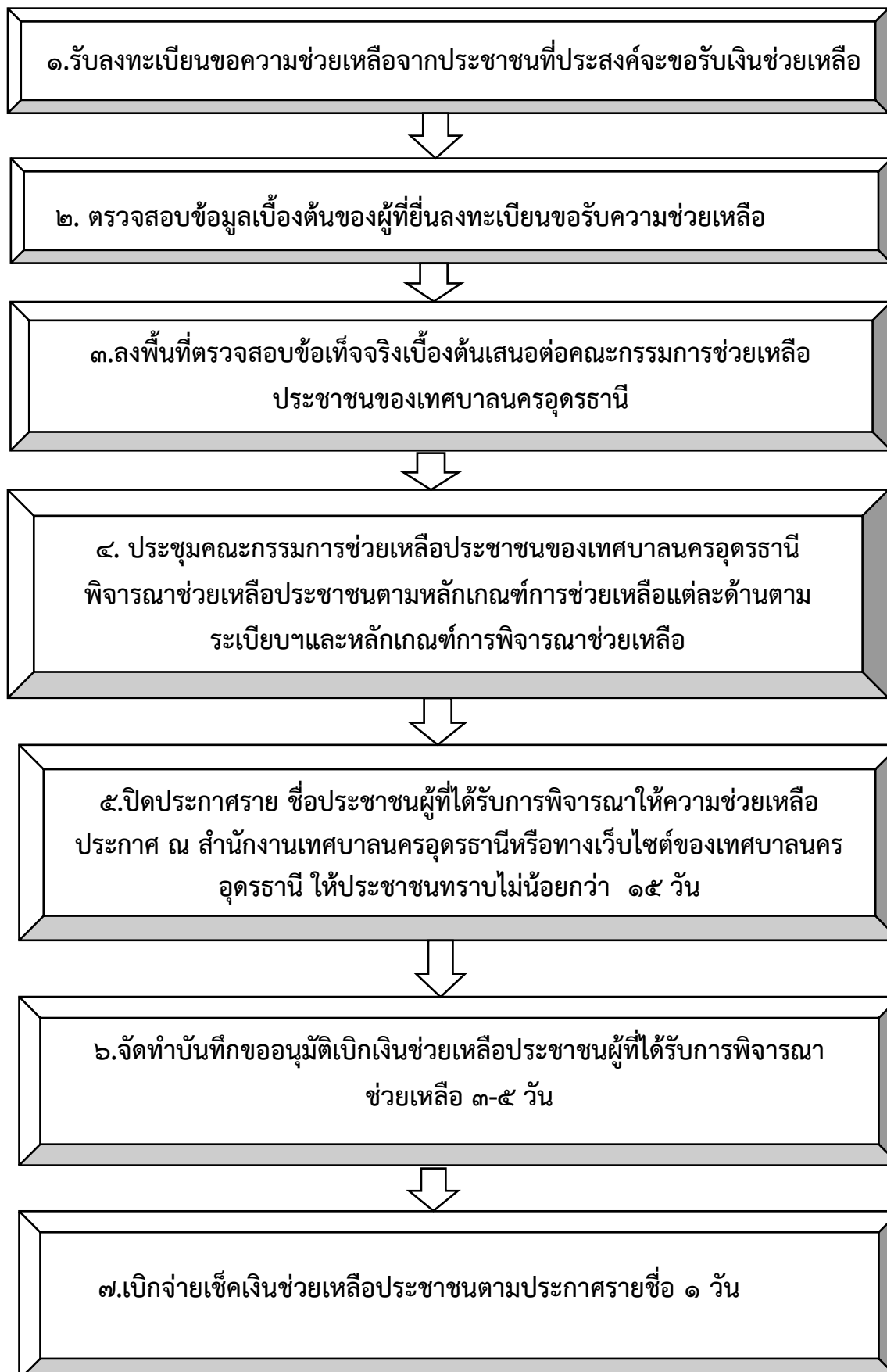
๓. นำรายชื่อประชาชนผู้ยื่นลงทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านการตรวจสอบข้อเท็จจริงเบื้องต้นเสนอต่อคณะกรรมการช่วยเหลือประชาชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณา

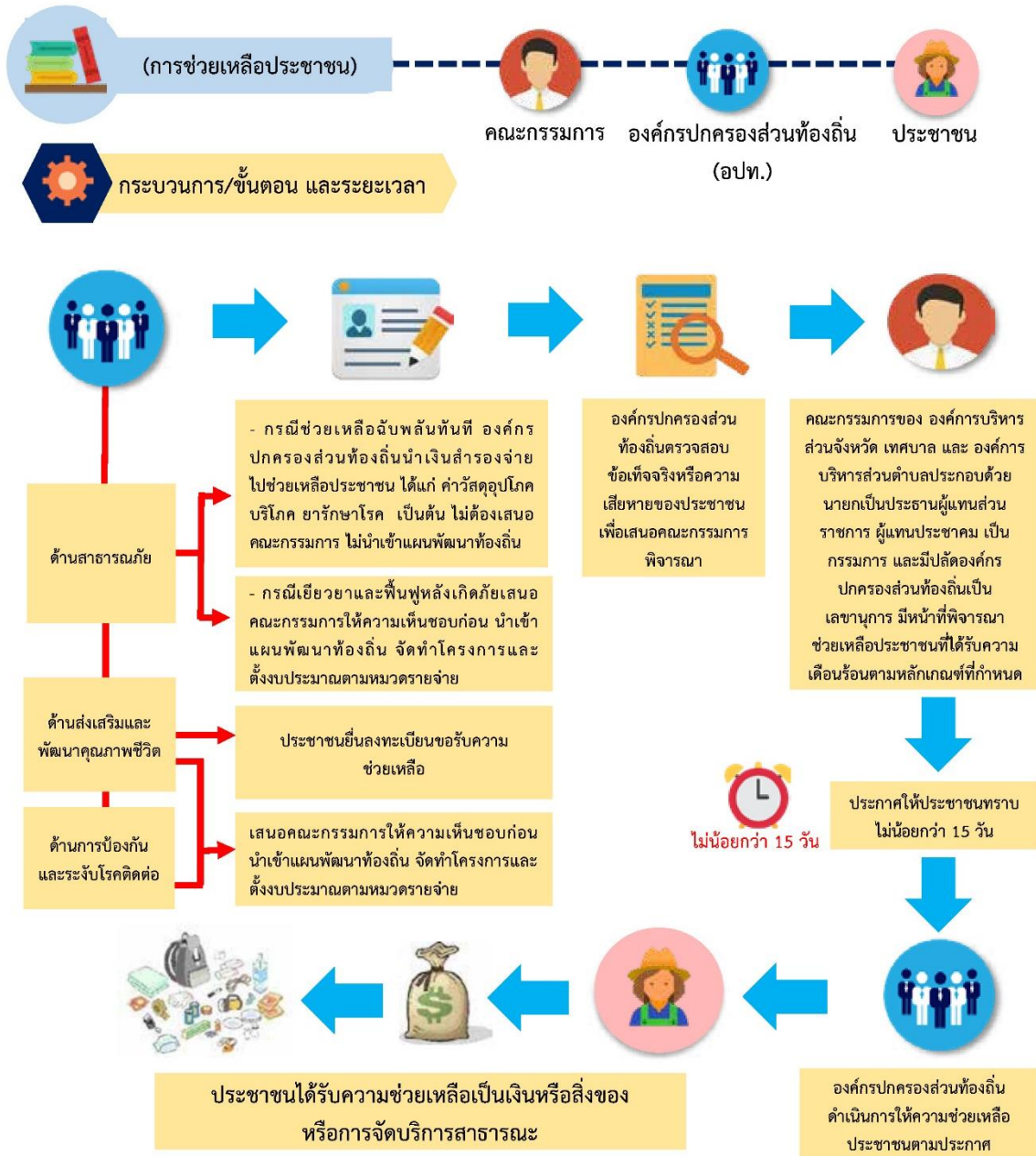
๔. ให้คณะกรรมการช่วยเหลือประชาชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณาช่วยเหลือประชาชนตามหลักเกณฑ์ในข้อ ๑ ทั้งนี้ ให้ตรวจสอบข้อมูลผู้ยื่นลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือ เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๕. ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นปิดประกาศรายชื่อประชาชนผู้ที่ได้รับการพิจารณาให้ความช่วยเหลือตามข้อ ๒.๔ ณ สำนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานที่กลาง และที่ทำการหมู่บ้านชุมชน หรือเผยแพร่ในเว็บไซต์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์อื่นใดที่เห็นสมควร ให้ประชาชนทราบ เป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๑๕ วัน ทั้งนี้ กรณีมีความจำเป็นเร่งด่วนต้องช่วยเหลือประชาชนเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนให้สามารถดำเนินการให้ความช่วยเหลือได้ โดยไม่ต้องรอให้ปิดประกาศครบ ๑๕ วัน

๖. ขออนุมัติเบิกจ่ายเงินช่วยเหลือประชาชนผู้ผ่านการพิจารณาให้ความช่วยเหลือจากคณะกรรมการช่วยเหลือประชาชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

แผนผังแสดงขั้นตอนการช่วยเหลือประชาชน
ด้านการเยียวยาฟื้นฟูหลังเกิดสาธารณภัย , ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต และด้านอื่น ๆ





ข้อสังเกต/ข้อควรระวัง/แนวทางการแก้ไข

1. อยู่ในขอบเขตอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. การช่วยเหลือฉุกเฉินฉับพลันที่ใช้เงินสำรองจ่าย
3. ประสาน ส่วนราชการ หน่วยงานอื่น เพื่อให้การช่วยเหลือ
4. การช่วยเหลือหลังเกิดภัย การส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตให้จัดตั้งงบประมาณตามหมวดรายจ่ายและทำโครงการเสนอผู้บริหารท้องถิ่นนำเข้าแผนพัฒนาท้องถิ่น
5. การช่วยเหลือไม่เกินอัตราที่หลักเกณฑ์กำหนด

ภาคผนวก

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ขอลงทะเบียน

ชื่อ -สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ)เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

---- ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

เกิดวันที่.....เดือนพ.ศ.อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนา

ทะเบียนบ้านเลขที่หมู่ที่.....ชุมชน.....ตรอก/ ซอยถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดรหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ ----

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ได้รับเงินเบี้ยความพิการ

ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง

รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ทะเบียนบ้าน

สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

บัญชีเงินฝากธนาคารบัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ณ วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

“ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติในการลงทะเบียนครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่ตรงคุณสมบัติ ณ วันที่มีสิทธิได้รับ เงินเบี้ยยังชีพ <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่ตรงคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายก เทศมนตรี/อบต. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) () กรรมการ (ลงชื่อ) () กรรมการ (ลงชื่อ) ()</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ..... (ลงชื่อ) นายก เทศมนตรี/นายก อบต. วัน/เดือน/ปี</p>	

ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บเพื่อเป็นหลักฐานการลงทะเบียน.....

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน โดยได้รับตั้งแต่เดือน..... พ.ศ. เป็นต้นไป กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ นับตั้งแต่วันที่ย้ายแต่ไม่เกินเดือนพฤศจิกายนของปีนั้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้เบี้ยผู้สูงอายุ ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมจนสิ้นปีงบประมาณที่ได้ลงทะเบียนไว้ และรับที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ในปีงบประมาณถัดไป

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอแทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวกับคนพิการ

ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา - มารดา บุตร สามเณร - ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ

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

เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

..... ข้อมูลคนพิการ

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

ชื่อ.....นามสกุล.....

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

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

ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี รหัสไปรษณีย์ ๔๑๐๐๐ โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ

ประเภทความพิการ

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ความพิการทางการมองเห็น | <input type="checkbox"/> ความพิการทางสติปัญญา |
| <input type="checkbox"/> ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย | <input type="checkbox"/> ความพิการทางการเรียนรู้ |
| <input type="checkbox"/> ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย | <input type="checkbox"/> ความพิการทางออกัสติก |
| <input type="checkbox"/> ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม | |

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

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

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

ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อื่นๆ (ระบุ).....

ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตัวเอง มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้

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

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยวิธีการต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

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

ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี.....

พร้อมแนบเอกสารดังนี้

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ | <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน |
|---|---|

- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้รับขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
- หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอแทน)
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

(ลงชื่อ).....

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

-๒-

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□□□</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก</p> <p>(ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายกเทศมนตรีนครอุดรธานี คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p>(ลงชื่อ) (.....)</p> <p>วันที่.....เดือน.....พ.ศ.</p>	

ติดตามรอยประให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้
.....

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียน เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ชื่อ - สกุล

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยจะรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป

หลังจากที่ลงทะเบียน ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท (ผู้พิการที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี จะได้รับเบี้ยความพิการ ๑,๐๐๐ บาทต่อเดือน) กรณีคนพิการ ย้ายภูมิลำเนาไปที่อื่น ให้คนพิการไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ และให้ได้รับเงินเบี้ยความ พิการจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ในเดือนถัดไป (ทั้งนี้ต้องได้รับการยืนยันการยกเลิกการจ่ายเบี้ยความพิการจากองค์การปกครองส่วน ท้องถิ่นเดิมก่อนเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่

(.....)

ติดต่อสอบถาม กองสวัสดิการสังคม ๐๔๒ - ๓๒๕๑๗๖ - ๘๕ ต่อ ๑๗๒๑ , ๑๗๐๘

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕.....

ผู้ยื่นคำขอฯ แจ้งด้วยตนเอง

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็นกับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน

โดยเป็น บิดา - มารดา บุตร สามเษ - ภรรยา พี่น้อง อื่นๆโปรดระบุ

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

เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

ชื่อ.....นามสกุล.....

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

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

ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี รหัสไปรษณีย์ ๔๑๐๐๐ โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประชาชนผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ

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

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่

เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕..... โดยวิธีการต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี.....

พร้อมแนบเอกสารดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์จริง
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้รับขอรับเงินเบี้ยผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
- หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□ □แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายกเทศมนตรีนครอุดรธานี คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p>
<p>คำสั่ง</p>	

<input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน	<input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน	<input type="checkbox"/> อื่นๆ
(ลงชื่อ)..... (.....)		
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....		

✂ (ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้พิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียน เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ - สกุล ผู้ป่วยเอดส์

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕..... โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่ เดือน ตุลาคม ๒๕..... ถึง เดือน กันยายน ๒๕..... ในอัตราเดือนละ ๕๐๐ บาท

กรณี ผู้ป่วยเอดส์ย้ายภูมิลำเนาไปที่อื่น ในระหว่างปีงบประมาณจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ณ ที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายนของปีนั้น เพื่อเป็นการรักษาสีสิทธิ์ให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่
(.....)

ติดต่อสอบถาม กองสวัสดิการสังคม ๐๔๒ - ๓๒๕๑๗๖ - ๘๕ ต่อ ๑๗๒๑ , ๑๗๐๘, ๐๘๓ - ๓๔๔๐๙๑๘, ๐๘๙ - ๒๗๘๖๙๕๓

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....
วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่..... ออกให้ ณ..... เมื่อวันที่.....
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

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

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่..... ออกให้ ณ..... เมื่อวันที่.....
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

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

เป็นผู้มีอำนาจ.....ทำการแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้ เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)



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.....

3. ช่องทางการรับเงินอุดหนุน เลือกเพียง 1 ธนาคาร (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องของลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

ธนาคารกรุงไทย ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ ธนาคาร ธ.ก.ส.ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ ธนาคาร ออมสิน ประเภทบัญชี 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 และผู้
รับรองคนที่ 2
- 4.6 สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
(เฉพาะผู้ยื่นคำร้องของลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของ
ข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ยินยอมให้นำข้อมูลในบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อ
ตรวจสอบสถานะบุคคลในฐานะข้อมูลทะเบียนราษฎร ข้อมูลทางการเงินและทรัพย์สิน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ
ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินในส่วนที่รับไปโดยไม่มีสิทธิ หรือยินยอมให้หักจากสวัสดิการอื่น หรือหักจากบัญชีเงินฝากธนาคารของข้าพเจ้าได้
ในการนี้ข้าพเจ้ายินดีรับข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็กผ่านช่องทางต่าง ๆ

(ลงชื่อ).....ผู้ลงทะเบียน (ลงชื่อ).....ผู้รับลงทะเบียน
(.....)
วันที่ลงทะเบียน..... ตำแหน่ง.....
วันที่ลงทะเบียน.....

.....ตัดตามรอยปรุ.....

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 (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องขอ
ลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน



แบบรับรองสถานะของครัวเรือน
ตารางแสดงจำนวนสมาชิกและรายได้ของครัวเรือน

ส่วนที่ 1 : ผู้ลงทะเบียน

ข้อมูลสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่จริงของผู้ลงทะเบียน

(กรณีต่างค้ำที่มีบัตรประจำตัวซึ่งไม่มีสัญชาติไทย) สามารถกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มได้

Table with 9 columns: ลำดับที่, เลขประจำตัวประชาชน, ชื่อ นามสกุล, อายุ, ความสัมพันธ์กับเด็ก, อาชีพ, รายได้/เดือน, บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ (มี/ไม่มี)

จำนวนสมาชิกของครัวเรือนทั้งหมด.....คน (นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย)
รายได้รวมของครัวเรือน.....บาท/ปี รายได้เฉลี่ยสมาชิกของครัวเรือน.....บาท/คน/ปี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายชื่อที่ปรากฏข้างต้น เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่ติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 180 วัน ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และสถานะของครัวเรือนของข้าพเจ้าเมื่อคำนวณแล้วมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง และยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถาม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคลในบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้า หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตรงความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ระงับสวัสดิการและประโยชน์อื่น ๆ รวมทั้งคืนเงินที่ได้รับ

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน
(.....)
วันที่ลงทะเบียน.....

- หมายเหตุ : 1) รายได้เฉลี่ยคำนวณจากรายได้รวมของครัวเรือน หารด้วยจำนวนสมาชิกทั้งหมดของที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้น โดยนับรวมรายได้ในรอบปีของสมาชิกทุกคนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้นติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 180 วันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยให้นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย ซึ่งสมาชิกของครัวเรือนมีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติโดยสายโลหิต หรืออยู่กินด้วยกันฉันสามีภริยา หรือด้วยเหตุอื่นตามกฎหมาย แต่ไม่นับรวมผู้ซึ่งเป็นลูกจ้างหรือผู้ซึ่งได้อนุญาตให้อยู่อาศัยด้วย
2) กรณีสมาชิกในครัวเรือนเป็นเจ้าของที่ของรัฐ พนักงานบริษัท ผู้มีรายได้ประจำ ให้แนบหนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือนของผู้มีรายได้ประจำ ด้วยทุกคน
3) กรณีสมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐทุกคน ไม่ต้องมีผู้รับรองสถานะของครัวเรือน

ส่วนที่ 2 : ผู้รับรอง

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



แบบคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิผู้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

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

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ยื่นคำร้อง

เรียน นายกองคํการบริหารส่วนตำบล/นายกเทศมนตรีเทศบาล/นายกเมืองพัทยา/ผู้อํานวยการเขต.....

ข้าพเจ้า เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาวเลขประจำตัวประชาชน - - - -

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 ดร.01 และ แบบ ดร.02 มาเรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

(.....)

ผอ.สำนักงานเขต/นายก อบต./นายกเทศมนตรีเทศบาล/

นายกเมืองพัทยา.....

วันที่.....

ส่วนที่ 3 การพิจารณาข้อเท็จจริง

ได้พิจารณาข้อเท็จจริงตามเหตุผลที่ระบุแล้ว พบว่า

 ผู้ยื่นคำร้องเป็นผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนได้
ตามคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิฯ ผู้ยื่นคำร้องเป็นผู้ไม่มีสิทธิรับเงินอุดหนุนได้
ตามคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิฯ

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

อธิบดีกรมกิจการเด็กและเยาวชน/

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด.....

วันที่.....

หมายเหตุ : ให้แนบบทแบบคำร้องขอลงทะเบียน (แบบ ดร.01) และแบบรับรองสถานะของครัวเรือน (แบบ ดร.02) ของผู้ยื่นขอเปลี่ยนแปลงสิทธิ

หนังสือขอสละสิทธิการรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

แบบ ดร.07

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....อาคาร/ตึก.....ชั้น.....
เลขที่ห้อง.....หมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....โทรศัพท์มือถือ.....

มีความประสงค์ขอสละสิทธิการรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด เนื่องจาก.....

.....
.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้สละสิทธิ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)



แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือประชาชน
ศูนย์ช่วยเหลือประชาชนของเทศบาลนครอุดรธานี อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

วันที่.....เดือนพ.ศ.....

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว)นามสกุล.....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่หมู่ที่.....ชุมชน.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

เป็นผู้ร้องขอรับความช่วยเหลือด้วยตนเอง เป็นผู้ร้องขอรับความช่วยเหลือด้วยผู้แทน
มีความประสงค์ขอให้เทศบาลนครอุดรธานีดำเนินการช่วยเหลือ ชื่อ.....สกุล.....
อายุ.....ปี หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
อยู่บ้านเลขที่หมู่ที่.....ชุมชน.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....
บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ.....นามสกุล.....เบอร์โทรศัพท์.....
มีความเกี่ยวพันเป็น.....

๑) ข้าพเจ้าจึงขอความช่วยเหลือ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)

.....
.....
.....
.....
.....

๒) ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐาน จำนวน.....ฉบับ ประกอบด้วย

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวนฉบับ
 สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวนฉบับ
 เอกสารอื่น ๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ
(.....)

หมายเหตุ : กรุณาระบุชื่อชุมชนที่อยู่อาศัย และเขียนแผนที่พอสั่งเซปไว้ด้านหลังแบบลงทะเบียนด้วยทุกครั้ง

รายได้เฉลี่ยของสมาชิกในครอบครัว บาท/ปี รายจ่ายเฉลี่ยของสมาชิกในครอบครัว บาท/ปี
ภาระหนี้สิน ไม่มี มี ในระบบ จำนวน บาท นอกระบบ จำนวน บาท

5. สภาพปัญหาความเดือดร้อน (ตอบได้มากกว่า 1 รายการ)

- เด็กที่เป็นโรคอันตรายร้ายแรง
- เด็กที่ประสบผลกระทบบจากโรคภัย
- เด็กกำพร้า
- เด็กติดยาเสพติด
- เด็กตกเป็นเครื่องมือแสวงหาผลประโยชน์
- เด็กในครอบครัวยากจน
- เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูไม่เหมาะสม
- เด็กที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองต้องโทษจำคุก
- พิการทางร่างกาย
- พิการทางสายตา
- พิการทางการพูด / การฟัง
- พิการทางสติปัญญา / การเรียนรู้
- พิการทางจิตใจ / พฤติกรรม
- พิการอื่น ๆ (ระบุ)
- ตั้งครรภ์นอกสมรส
- ถูกทารุณกรรม
- ผู้ตกเป็นเหยื่อการค้ามนุษย์
- สตรีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวยากจน
- รายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ
- ไม่มีเงินทุนประกอบอาชีพ
- มีหนี้สิน
- ไม่มีที่อยู่อาศัย
- ถูกข่มขืน / ล่วงละเมิดทางเพศ
- ครอบครัวมีภาระเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (อาทิ เด็ก คนพิการ ผู้ติดยาเสพติด ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่อง)
- เจ็บป่วยเรื้อรัง
- ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- ไม่มีงานทำ / ไม่มีอาชีพ
- ถูกทอดทิ้ง
- หลงลืม ขราภาพมาก
- เร่ร่อน
- ขาดผู้อุปการะ
- ไม่มีเงินทุนหรืออุปกรณ์การศึกษาของบุตร
- ขอลาน
- พลัดหลง มีบุตรมาก ครอบครัวแตกแยก
- ครอบครัวเลี้ยงดูไม่เหมาะสม
- ข้อมูลปัญหาความเดือดร้อนเพิ่มเติม (ระบุ)

เคยได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น ไม่เคย เคย จาก(ระบุหน่วยงานและเรื่องที่เคยได้รับความช่วยเหลือ โดยย่อ)

6. ความต้องการช่วยเหลือ (ตอบได้มากกว่า 1 รายการ)

- เงินทุนประกอบอาชีพ
- เงินสงเคราะห์ครอบครัว
- เงินทุนและอุปกรณ์การศึกษา
- เงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาล
- เครื่องช่วยความพิการ (ระบุ)
- นมผงสำหรับเด็ก
- ส่งกลับภูมิลำเนา
- ติดตามหาญาติ
- รับเข้าสถานสงเคราะห์ / สถานคุ้มครอง
- ส่งไปทำกายภาพบำบัด
- ส่งเข้าฝึกอาชีพ
- เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ
- อื่น ๆ (ระบุ)

ลงชื่อ ผู้ได้รับความเดือดร้อน
(.....)

ลงชื่อ ผู้ร้องขอแทน
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับรองข้อมูล
(.....)

ลงชื่อ ผู้สัมภาษณ์/ สอบข้อเท็จจริง
(.....)

ตำแหน่ง ประธานชุมชน

ตำแหน่ง

วันที่ เดือน พ.ศ.

8. การดำเนินการ

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> เงินทุนประกอบอาชีพ | <input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์ครอบครัว | <input type="checkbox"/> เงินทุนและอุปกรณ์การศึกษา |
| <input type="checkbox"/> เงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาล | <input type="checkbox"/> เครื่องช่วยความพิการ (ระบุ)..... | |
| <input type="checkbox"/> นมผงสำหรับเด็ก | <input type="checkbox"/> ส่งกลับภูมิลำเนา | <input type="checkbox"/> ติดตามหาญาติ |
| <input type="checkbox"/> รับเข้าสถานสงเคราะห์ / สถานคุ้มครอง | <input type="checkbox"/> ส่งไปทำกายภาพบำบัด | <input type="checkbox"/> ส่งเข้าฝักอาชีพ |
| <input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ | <input type="checkbox"/> ประสานงานส่งต่อ (ระบุ)..... | |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)..... | | |

กรณีเป็นเงิน ระบุจำนวน.....บาท (.....)

- จะรับการช่วยเหลือเนื่องจาก.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ ให้แนบหลักฐานสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาทะเบียนบ้าน หรือบัตรประจำตัวคนพิการ ของผู้ขอรับการช่วยเหลือ