

**คู่มือปฏิบัติงาน**

**ด้านสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์**

**กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดง**

**โทร./โทรสาร. 043-989519**

**   
สัญลักษณ์วันเอดส์โลก สัญลักษณ์คนพิการ สัญลักษณ์ผู้สูงอายุ**

**คำนำ**

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดง กองสวัสดิการสังคม มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการ

สังคมให้กับผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์ คนไร้ที่พึ่ง และผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดง และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับภาคประชาชน ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็ว ถูกต้อง และอำนวยความสะดวกในการขอรับบริการในเรื่องต่างๆ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดงจึงได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานของนักพัฒนาชุมชน ขึ้นตามกรอบการปฏิบัติราชการ ขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดง

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์

คนไร้ที่พึ่ง ผู้ด้อยโอกาสทางสังคม และภาคประชาชน มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการ ต่อไป

กองสวัสดิการสังคม

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดง

**บทที่ 1**

**บทนำ**

**1.1 ความเป็นมาและความสำคัญในการจัดทำคู่มือ**

คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual) เป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่งในการทำงาน ทั้งระดับหัวหน้างานและผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นการจัดทำรายละเอียดของการทำงานในหน่วยงานนั้น ๆ อย่างเป็นระบบและครบถ้วนสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลายประการเช่นการสอนงานการตรวจงานตรวจสอบการทำงานการควบคุมงานการติดตามงานและการประเมินผลการปฏิบัติงาน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานขององค์กรเปรียบเสมือนแผนที่บอกเส้นทางการทำงานที่มีจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดมีคำอธิบายตามที่จำเป็นเพื่อให้ ผู้ปฏิบัติงานไว้ใช้อ้างอิงมิให้เกิดความผิดพลาดในการทำงาน การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานถือเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานตามแนวทางของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบข้าราชการ (ก.พ.ร.) ที่มุ่งไปสู่การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อให้การทำงานของส่วนราชการได้มาตรฐานเป็นไปตามเป้าหมาย ได้ผลิตผลหรือการบริการที่มีคุณภาพ เสร็จรวดเร็วทันตามกำหนดเวลานัดหมาย มีการทำงานปลอดภัย และไม่สร้างมลพิษแก่ชุมชน

**1.2 วัตถุประสงค์**

1. เพื่ออธิบายขั้นตอนรายละเอียดของกระบวนงานในความรับผิดชอบของ กองสวัสดิการสังคม ให้

ผู้ปฏิบัติงานทราบและเข้าใจว่าควรปฏิบัติงานอย่างไร เมื่อใด กับใคร และควรทำอะไรก่อนและหลัง โดยมี

เอกสารอ้างอิงในการปฏิบัติงาน

2. เพื่อให้การปฏิบัติงานของ กองสวัสดิการสังคมขององค์การบริหารส่วนตำบลหัวไทร มีแนวทางการปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกันและเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ได้ผลิตผลหรือการบริหารที่คุณภาพ เสร็จรวดเร็วทันตามกำหนดเวลานัดหมาย

3. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานด้านพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคมหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานดังกล่าวรวมทั้ง ผู้ที่สนใจใฝ่รู้ได้ทราบแนวทางการปฏิบัติงานของสวัสดิการชุมชนและสังคมสงเคราะห์ และสามารถนำไปใช้เป็นสื่อในการติดต่อประสานงาน

4. เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับผู้บริหารใช้ในการทบทวนและตรวจติดตามงานได้ทุกขั้นตอน

**1.3 ขอบเขต**

คู่มือการปฏิบัติงานฯ ฉบับนี้ครอบคลุมขั้นตอนการปฏิบัติงานของกองสวัสดิการสังคม กองสวัสดิการสังคมองค์การบริหารส่วนตำบลหนองปรือ เฉพาะกระบวนการให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายต่างๆ ตามระเบียบฯกฎหมายที่กำหนด ได้กำหนดขอบเขตของกระบวนการในการพิจารณาผู้ขอรับความช่วยเหลือจากผู้ที่อาศัยในเขตพื้นที่และมีทะเบียนบ้านอยู่ในเขต องค์การบริหารส่วนตำบล หนองปรือ

**1.4 กรอบแนวคิด**

กระบวนการให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์ด้านต่างๆ

**1) กระบวนการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ผู้เกี่ยวข้อง** | | **ความต้องการ** | |
| **ผู้รับบริการ**  - ผู้สูงอายุ | | ได้รับเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดตามสิทธิที่พึงได้รับ  ทุกเดือน | |
| **ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย**  - ผู้ดูแลผู้สูงอายุ  - ผู้รับมอบอำนาจรับเงิน | | ได้รับเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดตามสิทธิที่พึงได้รับ  ทุกเดือน | |
| **ข้อกำหนดด้านกฎหมาย** | **ประสิทธิภาพของกระบวนการ** | | **ความคุ้มค่า** |
| -ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2552 แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 4 พ.ศ.2562  -พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546  -ห นั ง สื อ ส ำ นั ก ก า ร ค ลั ง ที่ ก ท1308/2571 ลว. 17 เมษายน 2558เรื่อง เห็นชอบหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการดำเนินการเพื่อของรับเบี้ย  ยังชีพผู้สูงอายุฯ  -หนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุดที่มท 0810.6/ว 5744 ลว. 27 กันยายน 2562 เรื่อง ซักซ้อมแนวทางการรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564  -หนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุดที่มท 0810.6/ว 5435 ลว. 12 กันยายน 2562 เรื่อง ซักซ้อมแนวทางการปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วย  ห ลักเกณฑ์ การจ่ายเงิน เบี้ ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(ฉบับที่ 4) พ.ศ.2562 และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขอองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่4) พ.ศ.2562 | ผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพเป็น ประจำ  ทุกเดือน  การจ่ายเงินสด โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  การโอนเข้าบัญชี โดยกรมบัญชีกลาง | | ผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเงินครบถ้วน ถูกต้อง |

**2) กระบวนการจ่ายเงินเบี้ยความพิการ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ผู้เกี่ยวข้อง** | | **ความต้องการ** | |
| **ผู้รับบริการ**  - คนพิการ | | ได้รับเงินเบี้ยยังชีพแบบอัตราเดียวทุกประเภทความ  พิการตามสิทธิที่พึงได้รับทุกเดือน | |
| **ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย**  - ผู้ดูแลคนพิการ  - ผู้รับมอบอำนาจรับเงิน | | ได้รับเงินเบี้ยยังชีพแบบอัตราเดียวทุกประเภทความ  พิการตามสิทธิที่พึงได้รับทุกเดือน | |
| **ข้อกำหนดด้านกฎหมาย** | **ประสิทธิภาพของกระบวนการ** | | **ความคุ้มค่า** |
| -ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 4 พ.ศ.2562  -มติคณะรัฐมนตรีเห็นชอบมติจากการประชุมคณะกรรมการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติเพิ่มเงินเบี้ยความพิการให้แก่คนพิการ วันที่ 25พฤศจิกายน 2558  -หนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุดที่มท 0810.6/ว 5435 ลว. 12 กันยายน 2562 เรื่อง ซักซ้อมแนวทางการปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วย  หลักเกณฑ์ การจ่ายเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(ฉบับที่ 4) พ.ศ.2562 และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการ  ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่4) พ.ศ.2562  คนพิการได้รับเบี้ยยังชีพเป็น ประจำทุกเดือนการจ่ายเงินสด โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  การโอนเข้าบัญชี โดยกรมบัญชีกลางคนพิการที่มีสิทธิได้รับเงินครบถ้วน ถูกต้อง | คนพิการได้รับเบี้ยยังชีพเป็น ประจำทุกเดือน  การจ่ายเงินสด โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  การโอนเข้าบัญชี โดยกรมบัญชีกลาง | | คนพิการที่มีสิทธิได้รับเงิน  ครบถ้วน ถูกต้อง |

**๓)** **กระบวนการจ่ายเงินเบี้ยผู้ป่วยเอดส์**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ผู้เกี่ยวข้อง** | | **ความต้องการ** | |
| **ผู้รับบริการ**  - ผู้ป่วยเอดส์ | | ได้รับเงินเบี้ยยังชีพแบบอัตราเดียวตามสิทธิที่พึงได้รับทุกเดือน | |
| **ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย**  - ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์  - ผู้รับมอบอำนาจรับเงิน | | ได้รับเงินเบี้ยยังชีพแบบอัตราเดียวตามสิทธิที่พึงได้รับทุกเดือน | |
| **ข้อกำหนดด้านกฎหมาย** | **ประสิทธิภาพของกระบวนการ** | | **ความคุ้มค่า** |
| ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2548 | ผู้ป่วยเอดส์ ได้รับเบี้ยยังชีพเป็นประจำทุกเดือนการจ่ายเงินสด/การโอนเข้าบัญชี โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น | | ผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงิน  ครบถ้วน ถูกต้อง |

**1.5 ประโยชน์ของการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน**

**ประโยชน์ของคู่มือการปฏิบัติงานที่มีต่อองค์กรและผู้บังคับบัญชา**

1. การกำหนดจุดสำเร็จและการตรวจสอบผลงานและความสำเร็จของหน่วยงาน

2. เป็นข้อมูลในการประเมินค่างานและจัดชั้นตำแหน่งงาน

3. เป็นคู่มือในการสอนงาน

4. การกำหนดหน้าที่การงานชัดเจนไม่ซ้ำซ้อน

5. การควบคุมงานและการติดตามผลการปฏิบัติงาน

6. เป็นคู่มือในการประเมินผลการปฏิบัติงาน

7. การวิเคราะห์งานและปรับปรุงงาน

8. ให้ผู้ปฏิบัติงานศึกษางานและสามารถทำงานทดแทนกันได้

9. การงานแผนการทำงาน และวางแผนกำลังคน

10. ผู้บังคับบัญชาได้ทราบขั้นตอนและสายงานทำให้บริหารงานได้ง่ายขึ้น

11. สามารถแยกแยะลำดับความสำคัญของงาน เพื่อกำหนดระยะเวลาทำงานได้

12. สามารถกำหนดคุณสมบัติของพนักงานใหม่ที่จะรับได้ง่ายขึ้นและตรงมากขึ้น

13. ทำให้บริษัทสามารถปรบั ปรงุ ระเบียบแบบแผนการทำงานให้เหมาะสมยิ่ง ขึ้นได้

14. ยุติความขัดแย้งและเสริมสร้างความสัมพันธ์ในการประสานระหว่างหน่วยงาน

15. สามารถกำหนดงบประมาณและทิศทางการทำงานของหน่วยงานได้

16. เป็นข้อมูลในการสร้างฐานข้อมูลของบริษัทต่อไปได้

17. การศึกษาและเตรียมการในการขยายงานต่อไปได้

18. การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายกับผลงานและปริมาณกำลังคนของหน่วยงานได้

19. ผู้บังคับบัญชาบริหารงานได้สะดวก และรวดเร็วขึ้น

20. เกิดระบบการบริหารงานโดยส่วนร่วมสำหรับผู้บังคับบัญชาคนใหม่ในการร่วมกันเขียนคู่มือ

**ประโยชน์ของคู่มือการปฏิบัติงานที่มีต่อผู้ปฏิบัติงาน**

1. ได้รับทราบภาระหน้าที่ของตนเองขัดเจนยิ่งขึ้น

2. ได้เรียนรู้งานเร็วขึ้นทั้งตอนที่เข้ามาทำงานใหม่/หรือตอนที่จะย้ายงานใหม่

3. ได้ทราบความคาดหวัง (Expectation) ของผู้บังคับบัญชาที่มีต่อตนเองชัดเจน

4. ได้รับรู้ว่าผู้บังคับบัญชาจะใช้อะไรมาเป็นตัวประเมินผลการปฏิบัติงาน

5. ได้เข้าใจระบบงานไปในทิศทางเดียวกันทั้งหน่วยงาน

6. สามารถช่วยเหลืองานซึ่งกันและกันได้

7. เข้าใจหัวหน้างานมากขึ้น ทำงานด้วยความสบายใจ

8. ไม่เกี่ยงงานกัน รู้หน้าที่ของกันและกันทำให้เกิดความเข้าใจที่ดีต่อกัน

9. ไม่ทราบจุดบกพร่องของงานแต่ละขั้นตอนเพื่อนำมาปรับปรุงงานได้

10. ได้เรียนรู้งานของหน่วยงานได้ทั้งหมด ทำให้สามารถพัฒนางานของตนเองได้

11. มีขั้นตอนในการทำงานที่แน่นอน ทำให้การทำงานได้ง่ายขึ้น

12. รู้จักวางแผนการทำงานเพื่อให้ผลงานออกมาตามเป้าหมาย

13. สามารถใช้เป็นแนวทางเพื่อการวิเคราะห์งานให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา

14. สามารถแบ่งเวลาให้กับงานต่างๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

15. รู้ขอบเขตสายการบังคับบัญชาทำงานให้การประสานงานง่ายขึ้น

16. ได้เห็นภาพรวมของหน่วยงานต่างๆ ในฝ่ายงานเดียวกันเข้าใจงานมากขึ้น

17. สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพราะมีสิ่งที่อ้างอิง

18. ได้รับรู้ว่าตนเองต้องมีการพัฒนาอะไรบ้างเพื่อให้ได้ตามคุณสมบัติที่ต้องการ

19. ได้เรียนรู้และรับทราบว่าเพื่อนร่วมงานทำอะไร เข้าใจกันและกันมากขึ้น

20. ได้รับรู้ว่างานที่ตนเองทำอยู่นั้นสำคัญต่อหน่วยงานอย่างไร เกิดความภูมิใจ

**1.6 บทบาทอำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล**

จากบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริการส่วนตำบล พ.ศ. 2537 แก้ไขเพิ่มเติมถึงฉบับที่ 6 พ.ศ. 2552 ส่วนที่ 3 เรื่อง อำนาจหน้าที่ขอองค์การบริหารส่วนตำบล มาตรา 66 องค์การบริหารส่วนตำบลมีหน้าที่ในการพัฒนาตำบล ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม และมาตรา 67 ภายใต้บังคับแห่งกฎหมาย องค์การบริหารส่วนตำบล มีหน้าที่ต้องทำในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล

1. จัดให้มี และบำรุงรักษาทางน้ำและทางบก

2. รักษาความสะอาดของถนน ทางน้ำ ทางเดิน และที่สาธารณะ รวมทั้งการจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล

3. ป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อ

4. ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย

5. ส่งเสริมการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม

6. ส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และ ผู้พิการ

7. คุ้มครอง ดูแล และ บำรุงรักษา ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

8. บำรุงรักษาศิลปะ จารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่นและวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่น

9. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ราชการมอบหมาย โดยจัดสรรงบประมาณ หรือบุคลากรให้ตามความจำเป็นและสมควร

ตามประกาศโครงสร้างส่วนราชการและการแบ่งส่วนราชการภายใน ขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดง ลงวันที่ 30 กันยายน 2557 ได้กำหนดให้ **กองสวัสดิการสังคม** มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับ

- งานสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์

- งานการพัฒนาชุมชน

- งานถ่ายโอนเงินสงเคราะห์ประเภทต่างๆ

- งานสภาเด็กและเยาวชน

- งานพัฒนาสตรีและเยาวชน

- งานส่งเสริมอาชีพและข้อมูลแรงงาน

- งานสงเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

**บทที่ 2**

**วิธีการและขั้นตอนการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักตามคู่มือประชาชน**

|  |  |
| --- | --- |
| **งานที่ให้บริการงานที่ใบริการ** | การลงทะเบียนและยื่นคำร้องรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบ** | กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดง |

|  |  |
| --- | --- |
| ขอบเขตการให้บริการ | |
| สถานที่/ช่องทางการให้บริการ | ระยะเวลาที่เปิดให้บริการ |
| 1.ห้องกองสวัสดิการสังคม  โทร. 043-989519 | เดือนมกราคม – เดือนพฤศจิกายนของทุกปี (เว้นเดือนธันวาคม)  วันจันทร์ – วันศุกร์ เว้นวันหยุดราชการ  ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 บริการไม่หยุดพักเที่ยง |

|  |
| --- |
| หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไงในการยื่นคำขอ |
| ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วน  ท้องถิ่น พ.ศ.2552 แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 4 พ.ศ.2562 กำหนดให้ผู้สูงอายุมาลงทะเบียนได้ตั้งแต่เดือนมกราคม  – เดือนพฤศจิกายนของทุกปี (ห้วงระยะเวลาที่ 1 เดือนตุลาคม – เดือนพฤศจิกายน และห้วงระยะเวลาที่ 2เดือนมกราคม – เดือนกันยายน) ให้ผู้ที่จะมีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นในปีงบประมาณถัดไป และมีคุณสมบัติครบถ้วนตามข้อ 6 หรือผู้ที่ย้ายทะเบียนบ้านมาอยู่ใหม่ภายในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดงให้มาลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมากระทำการแทนได้ในกรณีที่จำเป็น ณ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดง หรือที่ศาลาหมู่บ้าน ตามวัน เวลา และสถานที่ ที่ทางองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดงกำหนด เพื่อรับเบี้ยผู้สูงอายุในปีงบประมาณถัดไป  ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้  1.มีสัญชาติไทย  2.มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดง  3.มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งต้องได้ลงทะเบียนและยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพ  ผู้สูงอายุต่อองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดง  4.ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือ  องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใด  ในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐ  ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ย ยังชีพผู้สูงอายุโดยวิธีใดหนึ่ง ดังต่อไปนี้  1.รับเงินสดด้วยตนเอง  2.รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ  3.โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  4.โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการงานที่ใบริการ** | | |
| **ขั้นตอน** | **ระยะเวลา** | **หน่วยงานที่รับผิดชอบ** |
| 1.ผู้สูงอายุมาแสดงตนต่อเจ้าหน้าที่เพื่อยื่นคำขอขึ้น  ทะเบียนพร้อมเอกสารหลักฐาน  2.เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องและตรวจสอบคุณสมบัติ สัมภาษณ์/บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม  3.รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติเสนอผู้บริหารเพื่อจัดทำประกาศรายชื่อ | 5 นาที  10 นาที  ภายในระยะเวลาที่  กรมส่งเสริมการ  ปกครองท้องถิ่นกำหนด | กองสวัสดิการสังคม  เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ  นางสาวปิยนุช บุญทะระ  นางสุภา เทพคำ |

|  |
| --- |
| **ระยะเวลา** |
| ไม่เกิน 15 นาที/ราย ในการรับคำขอขึ้นทะเบียน |

|  |
| --- |
| รายการเอกสารหลักฐานประกอบด้วย |
| เอกสารหลักฐานที่ต้องใช้ |
| 1.บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย (ยังไม่หมดอายุ) พร้อมสำเนาจำนวน 1 ฉบับ  2.ทะเบียนบ้านฉบับจริง พร้อมสำเนาจำนวน 1 ฉบับ  3.สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ธกส./กรุงไทย/ออมสิน) พร้อมสำเนาจำนวน 1 ฉบับ (กรณีแจ้งความประสงค์  ขอรับเงินผ่านบัญชีธนาคาร)  \*\* ในกรณีที่มีความจำเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาขึ้นทะเบียนได้ด้วยตนเองสามารถมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์  อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนแทนได้ โดยมีเอกสารประกอบเพิ่มเติม ดังนี้  1.หนังสือมอบอำนาจ จำนวน 1 ฉบับ  2.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ จำนวน 1 ฉบับ  3.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน 1 ฉบับ |

|  |
| --- |
| **ค่าธรรมเนียม** |
| ไม่มีค่าธรรมเนียมสำหรับผู้สูงอายุ |

|  |
| --- |
| การรับเรื่องร้องเรียน |
| ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่  องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดง โทรศัพท์ 043-989519 |

**ร**

ทะเบียนเลขที่........................./..................

**แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ...........**

**ข้อมูลผู้สูงอายุ**

|  |
| --- |
| เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน  ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น............................................................................ กับผู้สูงอายุที่ขอลงทะเบียน ชื่อ – สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).........................................................................................  เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ  ----ที่อยู่.................................................................................................................................  ......................................................................................................................โทรศัพท์.......................................................................**..................................................................................** |

**ข้อมูลผู้สูงอายุ**

เขียนที่..........................................................

วันที่.......................................................................

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ........................... นามสกุล………………………….เกิดวันที่................. เดือน........................ พ.ศ............อายุ............ ปี สัญชาติ…………………

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่............... หมู่ที่/ชุมชน ...............ตรอก/ซอย.................. ถนน………………………………….

ตำบล หนองแดงอำเภอ นาเชือก จังหวัด มหาสารคาม รหัสไปรษณีย์ 44170 โทรศัพท์

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ ----

สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่าร้าง  แยกกันอยู่  อื่นๆ………………………………………………………….

รายได้ต่อเดือน...............................................บาท อาชีพ..............................................

**ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับเงินสวัสดิการภาครัฐ**

 ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

 ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ  ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำป􀅘งบประมาณ พ.ศ. ............. โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

 รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยผู้รับมอบอำนาจ

 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร ..........................................................สาขา……………………………………………………….

บัญชีเลขที่....................................................... ชื่อบัญชี………………………………………………………….

**พร้อมแนบเอกสารดังนี้**

 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย  สำเนาทะเบียนบ้าน

 สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร

 หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

 **“ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ บำเหน็จ**

**รายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”**

 **“ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นและยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนบ้านกลางภาครัฐ”**

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

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

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย √ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

|  |  |
| --- | --- |
| **ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน**  เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคณุ สมบัติ  ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว  ..........................................................................................................  หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน  ---- แล้ว   เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน  เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ  เนื่องจาก........................................................................................................  .........................................................................................................  (ลงชื่อ).................................................  (...................................................)  เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน | **ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**  เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองปรือ  คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมี  ความเห็นดังนี้   สมควรรับลงทะเบียน  ไม่สมควรรับลงทะเบียน  **หมายเหตุ** กรณีผู้ยื่นคำขอลงทะเบียนได้รับสวัสดิการเป็นรายเดือน  จากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  เช่น ส.อบต. ผู้ใหญ่บ้าน ฯลฯ สามารถประกาศรายชื่อเป็นผู้ขึ้น  ทะเบียนได้ แต่ต้องตรวจสอบสถานะ อีกครั้งก่อนจ่ายเบี้ยยังชีพ ใน  เดือนตุลาคม............(งบประมาณ...........)  กรรมการ (ลงชื่อ)..........................................................  (........................................................)  กรรมการ (ลงชื่อ)..........................................................  (........................................................)  กรรมการ (ลงชื่อ)..........................................................  (........................................................) |
| **คำสั่ง**   รับลงทะเบียน  ไม่รับลงทะเบียน  อื่น ๆ ............................................................................................  (ลงชื่อ)................................................................  (.........................................................)  นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดง  วัน/เดือน/ปี............................................ | |

|  |
| --- |
| **ตัดตามเส้นประให้ผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนเก็บไว้เป็นหลักฐานในการขึ้นทะเบียน** |

**ทะเบียนเลขที่ ..................../............**

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่...............................................

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและตาม

ช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน โดยได้รับตั้งแต่เดือน.............................พ.ศ..................เป็นต้นไปกรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น (ย้ายก่อนกันยายนของปี) จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายนของปีนั้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ องค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมจนสิ้นปีงบประมาณ และรับที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ในปีงบประมาณถัดไป

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

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

**ผ**ู้**ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน**

**\*\*\*โปรดเก็บเอกสารส่วนนี้ไว้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบ และยืนยันการขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยผู้สูงอายุ**

**หนังสือมอบอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ**

ที่...................................................

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

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.........................................................ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.........................................

เลขที่.....................................ออกให้ ณ..................................เมื่อวันที่...............................อยู่บ้านเลขที่..............

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

เขต/อำเภอ..............................................จังหวัด.............................................โทรศัพท์........................................

ขอมอบอำนาจให้..........................................................................เกี่ยวพันเป็น....................................................

ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร............................................เลขที่..............................................ออกให้ ณ..................................

เมื่อวันที่........................................อยู่บ้านเลขที่...................หมู่ที่..............ตรอก/ซอย.........................................

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

โทรศัพท์.........................................................

เป็นผู้มีอำนาจ ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพ**ผู้สูงอายุ** แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ...............................................................ผู้มอบอำนาจ/ผู้สูงอายุ

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

ลงชื่อ...................................................................ผู้รับมอบอำนาจ

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

ลงชื่อ ...................................................................พยาน

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

ลงชื่อ ...................................................................พยาน

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

**หนังสือมอบอำนาจ**

ที่..............................

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

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า......................................................................ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร..........ประจำตัวประชาชน......................

เลขที่......................................... ออกให้ ณ..................................... เมื่อวันที่........................... อยู่บ้านเลขที่................................

หมู่ที่........................... ตรอก/ซอย........................ ถนน.................... แขวง/ตำบล......หนองแดง..........อำเภอ.......นาเชือก……..

จังหวัด.......มหาสารคาม.......เบอร์โทร................................

ขอมอบอำนาจให้........................................................................ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร............ประจำตัวประชาชน.............................

เลขที่......................................... ออกให้ ณ..................................... เมื่อวันที่........................... อยู่บ้านเลขที่................................

หมู่ที่........................... ตรอก/ซอย........................ ถนน.................... แขวง/ตำบล..............................อำเภอ........................……..

จังหวัด......................................เบอร์โทร................................

เป็นผู้มีอาจรับเงิน...................................................แทนข้าพเจ้า“ทั้งในขณะมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว”จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลง ลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ...............................................................ผู้มอบอำนาจ

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

ลงชื่อ...................................................................ผู้รับมอบอำนาจ

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

ลงชื่อ ...................................................................พยาน

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

ลงชื่อ ...................................................................พยาน

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

|  |
| --- |
| \*\*หมายเหตุ\*\* เอกสารประกอบหนังสือมอบอำนาจ  1. สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ 2. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ  3. สำเนาบัญชีธนาคาร(กรณีโอนเงินเข้าธนาคาร) |

|  |  |
| --- | --- |
| **งานที่ให้บริการงานที่ใกา** | การลงทะเบียนและยื่นคำร้องรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบ** | กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดง |

|  |  |
| --- | --- |
| **ขอบเขตการให้บริการ** | |
| **สถานที่/ช่องทางการให้บริการ** | ระยะเวลาที่เปิดให้บริการ |
| 1.ห้องกองสวัสดิการสังคม  โทร.043-989519 | วันจันทร์ – ศุกร์ เว้นวันหยุดราชการ  ตลอดทั้งปีงบประมาณ  ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 บริการไม่หยุดพักเที่ยง |

|  |
| --- |
| **หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ** |
| ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กร  ปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553 แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 4 พ.ศ.2562 กำหนดให้คนพิการที่มีบัตรประจำตัวคน  พิการ หรือคนพิการที่ย้ายทะเบียนบ้านมาอยู่ใหม่ภายในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดง ให้มา  ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมากระทำการแทน ณ  องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดง เพื่อรับเบี้ยความพิการในเดือนถัดไปนับจากวันลงทะเบียน  ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้  1.มีสัญชาติไทย  2.มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดง  3.มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ซึ่งต้องได้  ลงทะเบียนและยื่น คำร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการต่อองค์การบริหารส่วนตำบลเขา  กวางทอง  4.ไม่เป็นบุคคลที่อยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ  ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ คนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงิน  เบี้ยยังชีพความพิการโดยวิธีใดหนึ่ง ดังต่อไปนี้  1.รับเงินสดด้วยตนเอง  2.รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ  3.โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  4.โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ** | | |
| ขั้นตอน | ระยะเวลา | หน่วยงานที่รับผิดชอบ |
| 1.คนพิการมาแสดงตนต่อเจ้าหน้าที่เพื่อยื่นคำขอขึ้นทะเบียนพร้อมเอกสารหลักฐาน  2.เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องและตรวจสอบคุณสมบัติ สัมภาษณ์/บันทึกข้อมูล  เพิ่มเติม  3.รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติเสนอผู้บริหารเพื่อจัดทำประกาศรายชื่อ | 5 นาที  10 นาที  ภายในระยะเวลาที่กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นกำหนด | กองสวัสดิการสังคม  เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ  นางสาวปิยนุช บุญทะระ |

|  |
| --- |
| **ระยะเวลา** |
| ไม่เกิน 15 นาที/ราย ในการรับคำขอขึ้นทะเบียน |

|  |
| --- |
| **รายการเอกสารหลักฐานประกอบ** |
| เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้ |
| 1.บัตรประจำตัวคนพิการ (ไม่หมดอายุ) พร้อมสำเนาจำนวน 1 ฉบับ  2.ทะเบียนบ้านฉบับจริง พร้อมสำเนาจำนวน 1 ฉบับ  3.สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ธกส./กรุงไทย/ออมสิน) พร้อมสำเนาจำนวน 1 ฉบับ (กรณีแจ้งความประสงค์  ขอรับเงินผ่านบัญชีธนาคาร)  \*\* ในกรณีที่มีความจำเป็นคนพิการที่ไม่สามารถมาขึ้นทะเบียนได้ด้วยตนเองสามารถมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์  อักษรให้ผู้พิทักษ์/ผู้อนุบาล เป็นผู้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนแทนได้ โดยมีเอกสารประกอบเพิ่มเติม ดังนี้  1.หนังสือมอบอำนาจ จำนวน 1 ฉบับ  2.สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้มอบอำนาจ จำนวน 1 ฉบับ  3.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน 1 ฉบับ |

|  |
| --- |
| **ค่าธรรมเนียม** |
| ไม่มีค่าธรรมเนียมในการขึ้นทะเบียนคนพิการ |

|  |
| --- |
| **การรับเรื่องร้องเรียน** |
| ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่  องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดง โทรศัพท์ 043-989519 |

|  |
| --- |
| ตัวอย่างแบบฟอร์มการกรอกข้อมูล |

ทะเบียนเลขที่................................

**แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดง**

|  |
| --- |
| **เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน :** ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น  บิดา - มารดา  บุตร  สามี- ภรรยา  พี่น้อง  ผู้ดูแลคนพิการ  อื่นๆ ..........................ลงทะเบียนชื่อ – 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.................... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่....................หมู่ที่.................ตรอก/ซอย....................ถนน...................ตำบลหนองแดง อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม รหัสไปรษณีย์ 44170 โทรศัพท์..................................หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้พิการที่ยื่นคำขอ ----

**ประเภทความพิการ**  ความพิการทางการเห็น  ความพิการทางสติปัญญา

 ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย  ความพิการทางการเรียนรู้

 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย  ความพิการทางออทิสติก

 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม  พิการซ้ำซ้อน

**สถานภาพ**  โสด  สมรส  หม้าย  หย่าร้าง  แยกกันอยู่  อื่น ๆ.......................................

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ .........................................................................................................................

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

**ข้อมูลทั่วไป :** สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ

 ยังไม่เคยได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ  เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ................................................... 

ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์  อื่นๆ (ระบุ)..........................................

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. .................. โดยวิธีดังต่อไปนี้ **(เลือก 1 วิธี)**

 เงินสดด้วยตนเอง  เงินสดโดยผู้รับมอบอำนาจ

 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร  สาขา

บัญชีเลขที่ ชื่อบัญชี

**พร้อมแนบเอกสารดังนี้**

 สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ  สำเนาทะเบียนบ้าน

 สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการผ่านธนาคาร)

 หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯแทน)

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่เป็นบุคคลที่อยู่ในอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ และข้อความ

ดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการหากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

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

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

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย √ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

|  |  |
| --- | --- |
| **ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน**  เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ  ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/น.ส.  ………...........................................................................................  หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน  ---- แล้ว   เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน  เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ  เนื่องจาก..........................................................................................  .........................................................................................................  (ลงชื่อ).................................................  (...................................................)  เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน | **ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**  เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดง  คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมี  ความเห็นดังนี้   สมควรรับลงทะเบียน   ไม่สมควรรับลงทะเบียน  กรรมการ (ลงชื่อ)......................................................  (........................................................)  กรรมการ (ลงชื่อ).......................................................  (........................................................)  กรรมการ (ลงชื่อ)......................................................  (........................................................) |
| คำสั่ง   รับลงทะเบียน  ไม่รับลงทะเบียน  อื่น ๆ ....................................................................................  (ลงชื่อ)..................................................  (................................................)  นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดง  วัน/เดือน/ปี............................................ | |

|  |
| --- |
| **ตัดตามเส้นประให้คนพิการที่ขึ้นทะเบียนเก็บไว้เป็นหลักฐานในการขึ้นทะเบียน** |

ทะเบียนเลขที่........................./..............

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่......................................................................

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ................. โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการตั้งแต่เดือน............................................. ในอัตราเดือนละ..............บาท **กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่ง ใหม่โดยทันที** เพื่อรักษาสิทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการ

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

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

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับ มอบอำนาจยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

**หนังสือมอบอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ**

ที่...................................................

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

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.........................................................ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร......................................

เลขที่......................................ออกให้ ณ.....................................เมื่อวันที่............................อยู่บ้านเลขที่.............หมู่ที่............ตรอก/ซอย....................................ถนน......................................แขวง/ตำบล...................................

เขต/อำเภอ...........................................จังหวัด...............................................โทรศัพท์.........................................

ขอมอบอำนาจให้..........................................................................เกี่ยวพันเป็น.......................................

ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.............................................เลขที่.............................................ออกให้ ณ...................................

เมื่อวันที่.......................................อยู่บ้านเลขที่...................หมู่ที่..............ตรอก/ซอย...........................................

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

โทรศัพท์.........................................................

เป็นผู้มีอำนาจ ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพ**ความพิการ**  แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....................................................ผู้มอบอำนาจ/คนพิการ/ผู้ดูแล

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

ลงชื่อ.......................................................ผู้รับมอบอำนาจ

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

ลงชื่อ ........................................................พยาน

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

ลงชื่อ .........................................................พยาน

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

**หนังสือมอบอำนาจ**

ที่..............................

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

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า......................................................................ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร..........ประจำตัวประชาชน......................

เลขที่......................................... ออกให้ ณ..................................... เมื่อวันที่........................... อยู่บ้านเลขที่................................

หมู่ที่........................... ตรอก/ซอย........................ ถนน.................... แขวง/ตำบล......หนองแดง..........อำเภอ.......นาเชือก……..

จังหวัด.......มหาสารคาม.......เบอร์โทร................................

ขอมอบอำนาจให้........................................................................ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร............ประจำตัวประชาชน.............................

เลขที่......................................... ออกให้ ณ..................................... เมื่อวันที่........................... อยู่บ้านเลขที่................................

หมู่ที่........................... ตรอก/ซอย........................ ถนน.................... แขวง/ตำบล..............................อำเภอ........................……..

จังหวัด......................................เบอร์โทร................................

เป็นผู้มีอาจรับเงิน...................................................แทนข้าพเจ้า“ทั้งในขณะมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว”จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลง ลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ...............................................................ผู้มอบอำนาจ

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

ลงชื่อ...................................................................ผู้รับมอบอำนาจ

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

ลงชื่อ ...................................................................พยาน

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

ลงชื่อ ...................................................................พยาน

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

|  |
| --- |
| \*\*หมายเหตุ\*\* เอกสารประกอบหนังสือมอบอำนาจ  1. สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ 2. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ  3. สำเนาบัญชีธนาคาร(กรณีโอนเงินเข้าธนาคาร) |

|  |  |
| --- | --- |
| **งานที่ให้บริการงานที่ใบริการ** | การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบ** | กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดง |

|  |  |
| --- | --- |
| ขอบเขตการให้บริการ | |
| สถานที่/ช่องทางการให้บริการ | ระยะเวลาที่เปิดให้บริการ |
| 1.ห้องกองสวัสดิการสังคม  โทร. 043-989519 | วันจันทร์ – วันศุกร์ เว้นวันหยุดราชการ  ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 บริการไม่หยุดพักเที่ยง |

|  |
| --- |
| หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไงในการยื่นคำขอ |
| ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพ.ศ.2548 กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนเองมีภูมิลำเนาอยู่ ในกรณีที่ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้สามารถมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้ ณ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดง  ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้  1.มีสัญชาติไทย  2.มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองปรือ  3.เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว  4.มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่  สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ |

|  |
| --- |
| ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน  หรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ ให้ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบ ต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ** | | |
| ขั้นตอน | ระยะเวลา | หน่วยงานที่รับผิดชอบ |
| 1.ผู้ป่วยเอดส์มาแสดงตนต่อเจ้าหน้าที่เพื่อยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์พร้อมเอกสารหลักฐาน  2.เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องและตรวจสอบคุณสมบัติ สัมภาษณ์/บันทึกข้อมูล  เพิ่มเติม  3.เจ้าหน้าที่ลงพื้นที่เพื่อตรวจสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยเอดส์ ว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ พิจารณาจากความเดือดร้อนเป็นผู้มีปัญหาซ้ำซ้อม เป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ  4.เจ้าหน้าที่จัดลำดับผู้ป่วยเอดส์เบื้องต้นและให้ผู้บริหารพิจารณาคัดเลือกขั้นต่อไป | 10 นาที  5 นาที  3 วัน  2 วัน | กองสวัสดิการสังคม  เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ  นางสาวปิยนุช บุญทะระ |

|  |
| --- |
| **ระยะเวลา** |
| ไม่เกิน 15 นาที/ราย ในการรับคำขอขึ้นทะเบียน และ ไม่เกิน 5 วันทำการในการพิจารณาคัดเลือก |

|  |
| --- |
| **รายการเอกสารหลักฐานประกอบ** |
| เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้ |
| 1. 1.ทะเบียนบ้านฉบับจริง พร้อมสำเนาจำนวน 1 ฉบับ  2.ใบรับรองแพทย์ที่ระบุว่าเป็นผู้ป่วย “เอดส์”  3.สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนาจำนวน 1 ฉบับ (กรณีแจ้งความประสงค์ขอรับเงินผ่านบัญชีธนาคาร)  \*\* ในกรณีที่มีความจำเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่สามารถมาขึ้นทะเบียนได้ด้วยตนเองสามารถมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนแทนได้ โดยมีเอกสารประกอบเพิ่มเติม ดังนี้  1.หนังสือมอบอำนาจ จำนวน 1 ฉบับ  2.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน 1 ฉบับ |

|  |
| --- |
| **ค่าธรรมเนียม** |
| ไม่มีค่าธรรมเนียมในการขอรับเงินสงเคราะห์ |

|  |
| --- |
| **การรับเรื่องร้องเรียน** |
| ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่  องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดง โทรศัพท์ 043-989519 |

|  |
| --- |
| **ตัวอย่างแบบฟอร์มการกรอกข้อมูล** |

|  |
| --- |
| ใช้ปิดทับข้อมูลเอกสารลับ  ลับ |

**ใบคำร้องทั่วไป**

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดง

วันที่...................................................

เรื่อง ขอลงทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองปรือ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..................................................................................อายุ............ปี

อยู่บ้านเลขที่................หมู่ที่............ตำบลหนองแดง อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม โทร...........................

ขอยื่นคำร้องต่อนายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองปรือ เพื่อแสดงความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยฯ ของ...........................................................

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงช่อื )....................................................ผู้ยื่นคำร้อง

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

ความเห็นเจ้าหน้าที่ คำสั่ง

....................................................แจ้งเรื่อง ………………………………………..

ขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ………………………………………..

เห็นควรดำเนินการ ……………………………………….

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

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

วันที่......................................... วันที่.........................................

หมายเหตุ เอกสารแนบคำร้อง 1.สำเนาบัตรประชาชน 1 ฉบับ 2.สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ฉบับ

3.ใบรับรองแพทย์ 1 ฉบับ 4.สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร 1 ฉบับ

**แบบคำขอรับการสงเคราะห์**

ลำดับที่ ……………./พ.ศ.…………

วันที่………..เดือน……………………..….พ.ศ…………

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดง

ด้วย…………………………..………………….………เลขประจำตัวประชาชน…………………..….………...…………

เกิดวันที่…………เดือน………………….พ.ศ………….อายุ…………ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่…………….…..….…….ถนน……………………ตรอก/ซอย…………………….หมู่ที่………….ตำบล…………….……..…อำเภอ....…………………………

จังหวัด……………………รหัสไปรษณีย์…………………….เบอร์โทรศัพท์.......................................

ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยขอให้รายละเอียด

เพิ่มเติมดังนี้

1. ที่พักอาศัย

( ) เป็นของตนเองและมีลักษณะ ( ) ชำรุดโทรมมาก ( ) ชำรุดโทรมบางส่วน ( ) มั่นคงถาวรดี

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

2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง…………………………..สามารถเดินทางได้

( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก……………………………..………………………………………………………………

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง………………………….สามารถเดินทางได้

( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก………………………………………..……………………………………………………

3. การพักอาศัย

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

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

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

4. รายได้ - รายจ่าย

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

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า………………………………………..………………………..……………………………………………….………

บุคคลที่สามารถติดต่อได้…………………………………………………………….สถานที่ติดต่อเลขที่……………..……………..

ถนน…………………….ตรอก/ซอย……………………..หมู่ที่…………….ตำบล………….…………อำเภอ………..………………จังหวัด…………………………….รหัสไปรษณีย์………….…..โทรศัพท์…………………….. เกี่ยวข้องเป็น…………….……….

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

….…………………….............ผู้ให้ถ้อยคำ

(…………………………….………………………….)

**หนังสือมอบอำนาจยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์**

ที่...................................................

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

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.........................................................ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร................................................

เลขที่...................................ออกให้ ณ.....................................เมื่อวันที่.............................อยู่บ้านเลขที่..............

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

เขต/อำเภอ...........................................จังหวัด................................................โทรศัพท์........................................

ขอมอบอำนาจให้..........................................................................เกี่ยวพันเป็น.......................................

ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร...............................................เลขที่...........................................ออกให้ ณ...................................เมื่อวันที่..........................................อยู่บ้านเลขที่....................หมู่ที่..............ตรอก/ซอย.......................................

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

โทรศัพท์.........................................................

เป็นผู้มีอำนาจ ยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์**ผู้ป่วยเอดส์** แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ...............................................................ผู้มอบอำนาจ/ผู้ป่วยฯ

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

ลงชื่อ ...................................................................ผู้รับมอบอำนาจ

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

ลงชื่อ ...................................................................พยาน

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

ลงชื่อ ...................................................................พยาน

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

**หนังสือมอบอำนาจ**

ที่..............................

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

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า......................................................................ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร..........ประจำตัวประชาชน......................

เลขที่......................................... ออกให้ ณ..................................... เมื่อวันที่........................... อยู่บ้านเลขที่................................

หมู่ที่........................... ตรอก/ซอย........................ ถนน.................... แขวง/ตำบล......หนองแดง..........อำเภอ.......นาเชือก……..

จังหวัด.......มหาสารคาม.......เบอร์โทร................................

ขอมอบอำนาจให้........................................................................ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร............ประจำตัวประชาชน.............................

เลขที่......................................... ออกให้ ณ..................................... เมื่อวันที่........................... อยู่บ้านเลขที่................................

หมู่ที่........................... ตรอก/ซอย........................ ถนน.................... แขวง/ตำบล..............................อำเภอ........................……..

จังหวัด......................................เบอร์โทร................................

เป็นผู้มีอาจรับเงิน...................................................แทนข้าพเจ้า“ทั้งในขณะมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว”จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลง ลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ...............................................................ผู้มอบอำนาจ

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

ลงชื่อ...................................................................ผู้รับมอบอำนาจ

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

ลงชื่อ ...................................................................พยาน

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

ลงชื่อ ...................................................................พยาน

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

|  |
| --- |
| \*\*หมายเหตุ\*\* เอกสารประกอบหนังสือมอบอำนาจ  1. สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ 2. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ  3. สำเนาบัญชีธนาคาร(กรณีโอนเงินเข้าธนาคาร) |

1 มกราคม – 30 พฤศจิกายน ของทุกปี

**ตั้งแต่เวลา 08.30 น.- 16.30 น.**

**เว้นวันหยุดราชการ**

เป็นวันรับขึ้นทะเบียน รับเบี้ยผู้สูงอายุจ้า.

และสามารถรับเงินได้ในปีงบประมาณถัดไป



#### 

#### คนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ

สามารถลงทะเบียนได้ทั้งปี

**ตั้งแต่เวลา 08.30 น.- 16.30 น.**

**เว้นวันหยุดราชการ**

และสามารถรับเงินได้ในเดือนถัดไป



***ผู้ป่วยเอดส์ลงทะเบียนได้ทั้งปี***

***เพียงมีใบรับรองแพทย์ระบุชัดเจนว่า***

***ป่วยเป็นโรค “ เอดส์ ”***

**ตั้งแต่เวลา 08.30 น.- 16.30 น.**

**เว้นวันหยุดราชการ**

**ยื่นคำร้องแล้ว**

**ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บไว้**

**เป็นความลับ**

ประกาศรายชื่อ ผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ให้ผู้ที่มายื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ สามารถตรวจสอบรายชื่อตามประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดง/และศาลากลางประจำหมู่บ้าน (ติดประกาศภายในวันที่ 5 ของทุกเดือน) และเว็บไซต์ขององค์การบริหารส่วนตำบลและก่อนการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในต้นปีงบประมาณ จะจัดทำประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรายชื่อผู้ขาดคุณสมบัติ

**การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ**

**การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ**

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดงจะดำเนินการเบิก - จ่ายเงินให้กับผู้สูงอายุที่มาขึ้นทะเบียนไว้แล้ว โดยจะเริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม ปีถัดไป โดยจะจ่ายเป็นเงินสด หรือโอนเข้าบัญชีธนาคาร ตามที่ผู้สูงอายุได้แจ้งความประสงค์ไว้ ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน

**การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ**

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับในปัจจุบัน การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ คิดในอัตราเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได

แบบ “ขั้นบันได” หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วง ๆ หรือเป็นขั้น ขึ้นไปเรื่อย ๆโดยเริ่ม ตั้งแต่อายุ 60 ปี **โดยคำนวณตามปีงบประมาณ มิใช่ปีปฏิทิน และไม่มีการเพิ่มของอายุระหว่างปี**

**ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชพี รายเดือนสำหรับผู้สูงอายุ (แบบขั้นบันได)**

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

**ประกาศรายชื่อ ผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ**

ให้ผู้ที่มายื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพความพิการ สามารถตรวจสอบรายชื่อตามประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดงและศาลากลางประจำหมู่บ้าน (ติดประกาศภายในวันที่ 5 ของทุกเดือน) และเว็บไซต์ขององค์การบริหารส่วนตำบลและก่อนการจ่ายเบี้ยยังชีพความพิการในต้นปีงบประมาณ จะจัดทำประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ

**การจ่ายเบี้ยยังชีพความพิการ**

องค์การบริหารส่วนตำบลเขากวางทองจะดำเนินการเบิก - จ่ายเงินให้กับคนพิการที่มาขึ้นทะเบียนไว้แล้ว โดยจะเริ่มจ่ายในเดือนถัดไปภายหลังมาแจ้งความจำนง โดยจะจ่ายเป็นเงินสด หรือโอนเข้าบัญชีธนาคารตามที่คนพิการได้แจ้งความประสงค์ไว้ ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน

**การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบช่วงอายุ สำหรับคนพิการ**

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่คนพิการจะได้รับในปัจจุบัน (เริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563 เป็นต้นไป)

โดยการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่คนพิการ คิดในอัตราเบี้ยยังชีพ 2 ช่วง

**ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือน สำหรับคนพิการ (แบบช่วงอายุ)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ขั้น | ช่วงอายุ (ปี) | จำนวนเงิน (บาท) |
| ช่วงที่ 1 | 1 -18 ปี | 1,000 |
| ช่วงที่ 2 | 18 ปีขึ้นไป | 800 |

**การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ**

1.ตาย

2.ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขต องค์การบริหารส่วนตำบลหนองปรือ

3.แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ

4.ขาดคุณสมบัติ

**หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และคนพิการ**

1.ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง

2.กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพ หรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเป็นเงินสด ต้องมารับเงินให้ตรงตามวัน เวลา ที่

กำหนด

3. 2 กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพ หรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเป็นโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร ต้องตรวจสอบเลขที่บัญชี และให้มีเงินคงเหลือหรือมีการเคลื่อนไหวรายการบัญชีอย่างต่อเนื่อง

4.เมื่อย้ายภูมิลำเนาจาก องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดง ไปอยู่ภูมิลำเนาอื่น ต้องแจ้งข้อมูลเพื่อให้

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดงได้รับทราบ และต้องไปขึ้นทะเบียน ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ทันที

5.กรณีเสียชีวิต ให้ผู้ดูแลหรือญาติของผู้สูงอายุ หรือคนพิการของผู้รับเงินเบี้ยยังชีพแจ้งการเสียชีวิตให้

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดง ได้รับทราบ (พร้อมสำเนามรณะบัตร) **ภายใน 7 วัน**

** **

**ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์**

1.ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

2.ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดง

3.ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่

สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

4.การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดง โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่นดังนี้

4.1 ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

4.2 บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)

4.3 ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)

4.4 สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (พร้อมสำเนา)

5.กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้

6.กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด

7.กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้วแล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไป

อยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ย ยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนา เท่านั้น

8.กรณีคนพิการ/ผู้สูงอายุ ที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่

เสียชีวิตต้องแจ้งให้ งานพัฒนาชุมชนทราบภายใน 7 วัน

**บทที่ 3**

**วิธีการและขั้นตอนการปฏิบัติงานตามภารกิจอื่นที่ได้รับมอบหมาย**

**ภารกิจงาน : โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด**

ภารกิจงานเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด เป็นภารกิจงานของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการเด็กและเยาวชน ซึ่งได้ขอความร่วมมือให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานรับลงทะเบียน จัดทำประกาศรายชื่อ บันทึกข้อมูลอย่างย่อ และจัดส่งเอกสารให้แก่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

**วิธีการดำเนินการ**

1.ให้บริการในการรับลงทะเบียนขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ณ ที่ทำการองค์การ

บริหารส่วนตำบลหนองแดง ตามแบบที่กรมกิจการเด็กและเยาวชนกำหนด

- แบบ ดร 01. แบบคำร้องเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

- แบบ ดร 02. แบบรับรองสถานะของครัวเรือน ตารางแสดงจำนวนสมาชิกและรายได้ครัวเรือน

- แบบ ดร 03. แบบคำร้องเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (กรณีไม่มีผู้รับรองสถานะของครัวเรือน)

**1.1.คุณสมบัติเด็กแรกเกิดที่มีสิทธิ**

1.มีสัญชาติไทย

2.เกิดตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558 เป็นต้นไป จนมีอายุครบ 6 ปี

3.อาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย

4.ไม่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของหน่วยงานของรัฐ หรือเอกชน

**1.2.คุณสมบัติผู้ปกครองที่มีสิทธิลงทะเบียน**

1.สัญชาติไทย

2.เป็นบุคคลที่รับเด็กแรกเกิดไว้ในความอุปการะ

3.เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วย

4.อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย คือ สมาชิกครัวเรือนมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาทต่อคน ต่อปี

ทั้งนี้ มารดาที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ยังไม่ต้องมายื่นคำร้องขอลงทะเบียน

**1.3.เอกสารประกอบการลงทะเบียน**

1.แบบ ดร.01

2.แบบ ดร.02

3.บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง

4.สูติบัตรเด็กแรกเกิด

5.สมุดบัญชีเงินฝากของผู้ปกครอง (ธ.กรุงไทย/ธ.ออมสิน/ธกส. ธนาคารใดธนาคารหนึ่งเท่านั้น)

6.สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (เฉพาะหน้าที่ 1 ที่มีชื่อของหญิงตั้งครรภ์) ในกรณีที่สมุดสูญหายให้ใช้เฉพาะสำเนาหน้าที่ 1 พร้อมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูลและรับรองสำเนา

7.กรณีที่ผู้ยื่นคำร้องและสมาชิกในครัวเรือนของผู้ยื่นคำร้องเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐพนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท ต้องมีเอกสารใบรับรองเงินเดือน หรือรับรองรายได้ของทุกคนที่มีรายได้ประจำ โดยสลิปเงินเดือน หรือเอกสารหลักฐานที่นายจ้างลงนาม

8.สำเนาเอกสาร หรือบัตรข้าราชการ เจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใดที่แสดงตน (อพม./อสม.) ของผู้รับรองคนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2

9.บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ (ถ้ามี)ทั้งนี้ ให้ถือว่าวันที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองปรือได้รับเอกสารครบถ้วนเป็นวันที่ยื่นคำร้องขอลงทะเบียน

**2.หน่วยรับบริการลงทะเบียนให้ดำเนินดังนี้**

2.1.ออกเอกสารการรับลงทะเบียน (ใบท้ายแบบ ดร.01) และแจ้งช่องทางการติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

2.2.จัดทำประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแดง เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการ

เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ประจำเดือน............... ครั้งที่........... (แบบ ดร 04.) ปิดประกาศในที่เปิดเผยเป็นเวลา 15 วัน

หากติดประกาศภายใน 15 วันไม่มีผู้คัดค้านให้ถือว่าผู้มีรายชื่อตามบัญชีแนบท้ายประกาศ เป็นผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

2.3.ดำเนินการบันทึกข้อมูลอย่างย่อ ภายหลังป􀅗ดประกาศแล้วเสร็จสิ้น

2.4.จัดส่งเอกสารแบบ ดร.01 แบบ ดร.02 และเอกสารประกอบการลงทะเบียนให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด