



คู่มือแนวทางการขอรับบริการสำหรับประชาชนกองสวัสดิการสังคม
เรื่อง การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



กองสวัสดิการสังคม

องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองไผ่ อำเภออนองเก จังหวัดบุรีรัมย์

คู่มือการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่กองสวัสดิการสังคม

คู่มือแนวทางการขอรับบริการสำหรับประชาชน เรื่อง การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

งานที่ให้บริการ ขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองไผ่ อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางให้บริการ

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองไผ่
อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์
โทร ๐ ๔๔๑๑ ๔๔๓๔

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ – ศุกร์ เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.
(ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์)

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

หลักเกณฑ์...ตรวจสอบคุณสมบัติตัวเอง ตามรายการดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดย สถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
2. ผู้สูงอายุต้องมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองไผ่
3. ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่าป่วยเป็น โรคเอดส์/AIDs เท่านั้นหากระบุว่าป่วยเป็น HIV หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง

จะไม่เข้าหลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์

วิธีการ...ขั้นตอนยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุ

1. ยื่นแบบฟอร์มขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
2. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่า ป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
3. บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง
4. ทะเบียนบ้านฉบับจริง
5. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ประเภทออมทรัพย์)

หมายเหตุ

1. กรณีคนผู้สูงอายุไม่สามารถมายื่นคำขอขึ้นทะเบียนได้ด้วยตนเอง ให้มอบอำนาจให้ผู้ดูแลยื่นคำขอ แทน และต้องนำหลักฐานของผู้สูงอายุ และผู้รับมอบอำนาจ มาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย
2. กรณีได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้ว และได้ย้ายเข้ามาในเขตพื้นที่ตำบลเมืองไผ่ ต้องมาขึ้นทะเบียนที่องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองไผ่ เพื่อใช้สิทธิรับเงินอย่างต่อเนื่อง
3. กรณีผู้สูงอายุได้รับเงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุแล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา ไปอยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้สูงอายุต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ซึ่งถ้าผู้สูงอายุไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้สูงอายุ จะได้รับเงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนา เท่านั้น

ขั้นตอน ระยะเวลา การให้บริการ

ที่	ประเภท ขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลา ให้บริการ	หน่วย (เวลา)	ส่วนงาน/ หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑.	การตรวจ เอกสาร	ผู้ที่ประสงค์ที่จะขอรับเบี้ยยังชีพ ผู้ป่วยเอดส์ - ยื่นแบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์พร้อมเอกสาร - เจ้าหน้าที่ตรวจสอบแบบคำขอขึ้น ทะเบียนและเอกสารประกอบ	๕	นาที	กองสวัสดิการสังคม อบต.เมืองไผ่	
๒.	การ พิจารณา	- ลงระบบสารสนเทศการจัดการ ฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น - ออกใบยื่นแบบคำขอลงทะเบียน แก่ผู้ป่วยเอดส์/ผู้ที่รับมอบอำนาจ	๑๐	นาที	กองสวัสดิการสังคม อบต.เมืองไผ่	

รวมระยะเวลา ๑๕ นาที

งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

รายการเอกสารหลักฐานประกอบการขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร (ฉบับจริง)	จำนวน เอกสาร (สำเนา)	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๑.	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตร อื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐ ที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา	-	๑	๑	ชุด	
๒.	ทะเบียนบ้านฉบับจริงพร้อมสำเนา	-	๑	๑	ชุด	
๓.	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อม สำเนา	-	๑	๑	ชุด	
๔.	หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบ อำนาจให้ดำเนินการแทน)	-	๑	-	ฉบับ	
๕.	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตร อื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐ ที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้รับ มอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ ดำเนินการแทน)	-	๑	๑	ชุด	

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร (ฉบับจริง)	จำนวน เอกสาร (สำเนา)	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๖.	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อม สำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพคน พิการผ่านบัญชีธนาคารของผู้รับ มอบอำนาจ)	-	๑	๑	ชุด	

เอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร (ฉบับจริง)	จำนวน เอกสาร (สำเนา)	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
ไม่พบเอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม						

ค่าธรรมเนียม – ไม่มีค่าธรรมเนียม-

ช่องทางร้องเรียน องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองไผ่ ตำบลเมืองไผ่ อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ ๓๑๒๑๐
โทร ๐ ๔๔๑๑ ๔๔๓๔

ขอบเขตการให้บริการ/ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

เฉพาะกรณีผู้ป่วยเอดส์มอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียน

ผู้ยื่นคำขอฯ [] แจ้งด้วยตัวเอง [] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....

กับผู้พิการที่ขอขึ้นทะเบียน ชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

□-□□□□-□□□□□□-□□-□ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้พิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/น.ส./ด.ญ./ด.ช.) ชื่อ.....นามสกุล.....

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

หมายเลขบัตรประจำตัวผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอขึ้นทะเบียน □-□□□□-□□□□□□-□□-□

วันที่ออกบัตร.....วันหมดอายุ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ตำบลเมืองไผ่ อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์

ที่อยู่ปัจจุบัน () ตามทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ซอยตำบล.....

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

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ.....

อาชีพ.....รายได้ต่อเดือน.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพคนพิการ

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

เกี่ยวข้องโดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ อื่นๆ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยวิธีการดังนี้ (เลือกได้ ๑ วิธี)

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

☐ ใบรับรองแพทย์ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร บัญชีธนาคาร.....สาขา.....

เลขที่บัญชี.....ชื่อบัญชี.....

() ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ยื่นเป็นความจริงทุกประการ หากข้อความและเอกสารที่ยื่นนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

() ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นและยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับสิทธิ์

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติหมายเลขบัตรประจำตัวผู้ป่วยเอดส์ □-□□□□-□□□□□-□□-□ ของ นาย/นาง/นางสาว..... แล้ว ☐ เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองไผ่ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)
--	--

คำสั่ง

☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่นๆ(ลงชื่อ).....

(.....)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองไผ่

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....