



คู่มือการปฏิบัติงานกองสวัสดิการสังคม
องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองฝ้าย



กองสวัสดิการสังคม
องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองฝ้าย อำเภอนองกี่
จังหวัดบุรีรัมย์

คำนำ

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองไผ่ มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองไผ่ และส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับบุคคลเหล่านี้ รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการรับยื่นยันสิทธิผู้สูงอายุ และรับขึ้นทะเบียนเบี้ยยังชีพคนพิการ และเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๒ และรับลงทะเบียนโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด รวมทั้งการยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการงานศพผู้สูงอายุ ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็ว และถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าว องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองไผ่ จึงได้จัดทำคู่มือการยื่นยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และขึ้นทะเบียนเบี้ยยังชีพคนพิการ เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด และการยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการงานศพผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองไผ่ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ปกครองของเด็กแรกเกิดมีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการ ต่อไป

องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองไผ่

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ผู้สูงอายุ	
คุณสมบัติ และขั้นตอนการยืนยันสิทธิเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๑
การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ	๒
การสิ้นสุดการได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๒
ผู้พิการ	
คุณสมบัติ และขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ	๓
การสิ้นสุดการได้รับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ	๓
การปรับเพิ่มเบี้ยความพิการ	๔
ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ	๕
การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ	๖
การยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	๗
การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์	๘
เงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด	
โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด	๙
คุณสมบัติผู้มีสิทธิขอรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด	๑๐
เอกสารที่ใช้ลงทะเบียน รับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด	๑๐
เงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี	
หลักเกณฑ์ของผู้สูงอายุที่เสียชีวิต	๑๑
คุณสมบัติผู้ยื่นคำขอรับเงินค่าจัดการงานศพผู้สูงอายุตามประเพณี	๑๒
หลักฐานการยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการงานศพผู้สูงอายุตามประเพณี	๑๒
ภาคผนวก	

คุณสมบัติ และขั้นตอนการยืนยันสิทธิ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ตรวจสอบคุณสมบัติตัวเอง ตามรายการดังนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองไผ่
๓. มีอายุหกสิบปีขึ้นไป ซึ่งได้ยืนยันสิทธิขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองไผ่
๔. เป็นผู้ไม่มีรายได้หรือมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุกำหนด

ขั้นตอนการยืนยันสิทธิเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่มีความประสงค์ที่จะรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ให้แนบเอกสารหลักฐานข้อมูลเพื่อยืนยันสิทธิตนเองที่องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองไผ่ ดังต่อไปนี้

๑. ยื่นแบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ พร้อมทั้งนำบัตรประจำตัวประชาชน และทะเบียนบ้านตัวจริงมาในวันที่ยืนยันสิทธิ
๒. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร สำหรับกรณีผู้ที่ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร

หมายเหตุ

๑. กรณีไม่สามารถมายืนยันสิทธิได้ ให้ผู้สูงอายุมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้บุคคลอื่นมายืนยันสิทธิแทนได้ และต้องนำหลักฐานของผู้สูงอายุ และผู้รับมอบอำนาจ มาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย
๒. กรณีได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้ว และได้ย้ายเข้ามาในเขตพื้นที่ตำบลเมืองไผ่ ต้องมายืนยันสิทธิที่องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองไผ่ให้เร็วที่สุด เพื่อใช้สิทธิรับเงินอย่างต่อเนื่อง
๒. กรณีผู้สูงอายุซึ่งต้องขังหรือจำคุกอยู่ในเรือนจำ ทณฑสถาน หรือสถานที่คุมขังของกรมราชทัณฑ์ ให้มอบอำนาจให้ผู้บัญชาการเรือนจำ ผู้อำนวยการทัณฑสถาน หรือเจ้าหน้าที่ผู้บังคับบัญชาการเรือนจำมอบหมาย ยืนยันสิทธิต่อองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองไผ่

ยืนยันสิทธิผู้สูงอายุ และยื่นเอกสารประกอบการยืนยันสิทธิ

ตั้งแต่เดือนมกราคม – เดือนธันวาคม ของทุกปี

ได้ที่กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองไผ่

โทร ๐ ๔๔๑๑ ๔๔๓๔

การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ



จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับในปัจจุบัน เป็นการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุคิดในอัตราเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดตามมติคณะรัฐมนตรี ณ เดือนที่ผู้สูงอายุมีอายุครบช่วงอายุในเดือนถัดไป หากผู้สูงอายุไม่มีวันเดือนเกิดให้พิจารณาวัน และเดือนเกิด ตามมาตรา ๑๖ แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ **ขั้นบันได** หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วงๆ หรือเป็นขั้นขึ้นไปเรื่อยๆ โดยเริ่มตั้งแต่อายุ ๖๐ ปี

ขั้น	ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนเงิน (บาท)
ขั้นที่ ๑	๖๐ - ๖๙ ปี	๖๐๐
ขั้นที่ ๒	๗๐ - ๗๙ ปี	๗๐๐
ขั้นที่ ๓	๘๐ - ๘๙ ปี	๘๐๐
ขั้นที่ ๔	๙๐ ปีขึ้นไป	๑,๐๐๐

การสิ้นสุดการได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



๑. ตาย
๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองไผ่
๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
๔. ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖



คุณสมบัติ และขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเงิน เบี้ยยังชีพคนพิการ

ตรวจสอบคุณสมบัติตัวเอง ตามรายการดังนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองไผ่
๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพคนพิการ
๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ

ผู้พิการยื่นเอกสาร และกรอกแบบฟอร์ม ดังต่อไปนี้

๑. ยื่นแบบฟอร์มขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ พร้อมทั้งนำบัตรประจำตัวคนพิการ และทะเบียนบ้านตัวจริงมาในวันขึ้นทะเบียน
๒. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร สำหรับกรณีผู้ที่ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผ่านธนาคาร

หมายเหตุ

๑. กรณีคนพิการเป็นผู้เยาว์ คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือไร้ความสามารถ ซึ่งมีผู้ดูแล ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนแทนได้
๒. กรณีคนพิการไม่สามารถมายื่นคำขอขึ้นทะเบียนได้ด้วยตนเอง ให้คนพิการมอบอำนาจให้ผู้ดูแลยื่นคำขอแทน และต้องนำหลักฐานของคนพิการ และผู้ดูแลคนพิการ มาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย
๓. กรณีได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการอยู่แล้ว และได้ย้ายเข้ามาในเขตพื้นที่ตำบลเมืองไผ่ ต้องมาขึ้นทะเบียนที่องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองไผ่ให้เร็วที่สุด เพื่อใช้สิทธิรับเงินอย่างต่อเนื่อง

การสิ้นสุดการได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ

๑. ตาย
๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองไผ่
๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ

ขึ้นทะเบียนคนพิการ และยื่นเอกสารประกอบการขึ้นทะเบียนคนพิการ

หลังจากได้บัตรประจำตัวคนพิการ ทันที

ได้ที่กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองไผ่

โทร ๐ ๔๔๑๑ ๔๔๓๔

การปรับเพิ่มเบี้ยความพิการ



เริ่ม 1 ตุลาคม 2563 เป็นต้นไป



1. คนพิการ อายุต่ำกว่า 18 ปี

✓ มีบัตรประจำตัวคนพิการ



ได้รับเงินเบี้ยความพิการ
(บัตรชราบัตร / อปท.)

1,000 บาท

รวมเป็นเงิน
1,000 บาท

2. คนพิการ

✓ มีบัตรประจำตัวคนพิการ

✓ มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ



ได้รับเงินเบี้ยความพิการ
(บัตรชราบัตร / อปท.)

800 บาท

เข้าบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

200 บาท

รวมเป็นเงิน
1,000 บาท

3. คนพิการ

✓ มีบัตรประจำตัวคนพิการ

✗ ไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ



ได้รับเงินเบี้ยความพิการ
(บัตรชราบัตร / อปท.)

800 บาท

รวมเป็นเงิน
800 บาท

ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ



๑. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสารรับรองความพิการ
๒. ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (ศาลากลางจังหวัด ด้วยตนเอง) หรือยื่นแบบฟอร์มที่องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองไผ่เพื่อไปทำบัตรประจำตัวคนพิการแทน โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้
 - ๒.๑ เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยแพทย์เฉพาะทาง (ตัวจริง)
 - ๒.๒ รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
 - ๒.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
 - ๒.๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
 - ๒.๕ ถ้าคนพิการมีผู้ดูแล ให้นำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ
 - ๒.๖ กรณีพิการด้านการเคลื่อนไหว ให้ถ่ายวีดีโอ ความยาว ๑ นาที



ตัวอย่างบัตรและสมุดประจำตัวคนพิการ

การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ



การดำเนินการต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ สามารถทำได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (ศาลากลางจังหวัด)

โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๑. เอกสารรับรองความพิการ ที่โรงพยาบาลเพื่อวินิจฉัยและออกให้
๒. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม
๓. รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
๔. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
๕. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
๖. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการมีผู้ดูแล ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ

การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ

การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ สามารถติดต่อได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (ศาลากลางจังหวัด)

โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๑. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
๓. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนเดิม ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
๔. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
๕. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ
๖. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้รับรอง จำนวน ๑ ฉบับ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ส.อบต. หรือ ข้าราชการ ระดับ ๓ ขึ้นไป)

การยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์



ตรวจสอบคุณสมบัติตัวเอง ตามรายการดังนี้

1. ผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดย สถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
2. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองไผ่
3. ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่าป่วยเป็น โรคเอดส์/AIDs เท่านั้นหากระบุว่าป่วยเป็น HIV หรือ ภูมิคุ้มกันบกพร่องจะไม่เข้าหลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์

การยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

1. ยื่นแบบฟอร์มขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
2. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่า ป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
3. บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง
4. ทะเบียนบ้านฉบับจริง

หมายเหตุ

1. กรณีคนผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถมายื่นคำขอขึ้นทะเบียนได้ด้วยตนเอง ให้มอบอำนาจให้ผู้ดูแลยื่นคำขอแทน และต้องนำหลักฐานของผู้ป่วยเอดส์ และผู้รับมอบอำนาจ มาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย
2. กรณีได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อยู่แล้ว และได้ย้ายเข้ามาในเขตพื้นที่ตำบลเมืองไผ่ ต้องมาขึ้นทะเบียนที่องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองไผ่ เพื่อใช้สิทธิรับเงินอย่างต่อเนื่อง
3. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์แล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา ไปอยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์ จะได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนา เท่านั้น

ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์ และยื่นเอกสารประกอบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์
หลังจากได้ใบรับรองแพทย์ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
ได้ที่กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองไผ่
โทร ๐ ๔๔๑๑ ๔๔๓๔

การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์

องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองไผ่ จะดำเนินการจ่ายเงินให้แก่ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ ที่มายืนยันสิทธิ์ และขึ้นทะเบียนไว้แล้ว ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน ซึ่งถ้าวันที่ ๑๐ ของเดือนนั้นตรงกับวันหยุดราชการจะจ่ายให้ในวันทำการก่อนวันหยุดนั้น

ช่องทางการรับเงินเบี้ยยังชีพ

ผู้ประสงค์รับเงินผ่านธนาคาร กรมบัญชีกลางจะดำเนินการโอนเข้าบัญชีผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้ดูแล ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณีให้ทุกวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน ซึ่งถ้าวันที่ ๑๐ ของเดือนนั้นตรงกับวันหยุดราชการจะจ่ายให้ในวันทำการก่อนวันหยุดนั้น

ผู้ประสงค์รับเงินสด องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองไผ่จะดำเนินการจ่ายเงินภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน ตามจุดที่ได้แจ้งไว้ เช่น ศาลาประชาคมหมู่บ้าน ที่ทำการกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือขึ้นอยู่กับความเหมาะสม โดยจะมีการแจ้งให้ทราบล่วงหน้า



เงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด



โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายเงินตามโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ และบรรลุวัตถุประสงค์ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของเด็กให้ดีขึ้น

“เด็กแรกเกิด” หมายความว่า เด็กที่มีอายุไม่เกินหกปี มีสัญชาติไทย อาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย และไม่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของหน่วยงานรัฐ หรือเอกชนตามที่อธิบดีกรมกิจการเด็กและเยาวชนประกาศกำหนด

“ผู้ปกครอง” หมายความว่า บิดา มารดา หรือบุคคลอื่น ที่อาศัยในครัวเรือนที่มีรายได้น้อยและเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด โดยเด็กแรกเกิดพักอาศัยรวมอยู่ด้วย

“ครัวเรือนที่มีรายได้น้อย” หมายความว่า ครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ต่อคน ต่อปี โดยสมาชิกต้องมีความสัมพันธ์ทางเครือญาติหรือการสมรส หรืออยู่กินด้วยกันฉันสามีภริยา หรือด้วยเหตุอื่นตามกฎหมาย และสมาชิกต้องอาศัยอยู่จริงในครัวเรือนติดต่อกันมาไม่น้อยกว่าหนึ่งร้อยแปดสิบวันในรอบปีที่ผ่านมา แต่ไม่นับรวมลูกจ้างครัวเรือน

“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” หมายความว่า เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีกฎหมายจัดตั้งขึ้น ทั้งนี้ ไม่รวมถึงองค์การบริหารจังหวัด

ลงทะเบียนอุดหนุนเด็กแรกเกิด

หากเคยลงทะเบียนไว้แล้วในปีก่อนหน้า ไม่ต้องมาลงทะเบียนใหม่โดยจะได้รับโอนเงินต่อเนื่องจนบุตรมีอายุ ครบ ๖ ขวบ แต่กรณียังไม่เคยลงทะเบียนมาก่อน ก็สามารถมาลงทะเบียนได้เลยตามสถานที่รับลงทะเบียนต่อไปนี้

- กรุงเทพมหานคร : ลงทะเบียนได้ที่สำนักงานเขตในพื้นที่ที่พำนักอาศัยอยู่
- เมืองพัทยา : ลงทะเบียนได้ที่ศาลาว่าการเมืองพัทยา
- ส่วนภูมิภาค : ลงทะเบียนที่สำนักงานเทศบาล หรือที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบล



คุณสมบัติผู้มีสิทธิขอรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด



เด็กแรกเกิดที่มีสิทธิ

- ต้องมีสัญชาติไทย
- พ่อแม่ของเด็กต้องมีสัญชาติไทย หรือคนใดคนหนึ่งมีสัญชาติไทย
- เด็กแรกเกิดตั้งแต่เกิด จนมีอายุครบ ๖ ขวบ
- อาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย
- ไม่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของหน่วยงานของรัฐ หรือเอกชน

ผู้ปกครองที่มีสิทธิลงทะเบียน

- มีสัญชาติไทย
- เป็นบุคคลที่รับเด็กแรกเกิดไว้ในอุปการะ (ไม่ใช่พ่อแม่ก็ได้)
- เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วย
- อยู่ในครอบครัวยุติธรรมที่มีรายได้น้อย คือสมาชิกในครัวเรือน (มีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาทต่อคนต่อปี)

หมายเหตุ : มารดาที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ ยังไม่ต้องมายื่น คำร้องขอลงทะเบียนขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

เอกสารที่ใช้ลงทะเบียน รับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด



๑. แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.๐๑)
๒. แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒)
๓. บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง จำนวน ๒ ฉบับ
๔. สูติบัตรเด็กแรกเกิด จำนวน ๒ ฉบับ
๕. สมุดบัญชีเงินฝากของผู้ปกครอง ไม่ต้องแนบ
(บัญชีธนาคาร ต้องผูกพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชนกับบัญชีเงินฝากธนาคารเท่านั้น)
๖. กรณีที่ผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนและสมาชิกในครัวเรือนของผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียน เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัทต้องมีเอกสาร ในรับรองเงินเดือน หรือหนังสือรับรองรายได้ของทุกคนที่มีรายได้ประจำ (สลิปเงินเดือน หรือเอกสารหลักฐานที่นายจ้างลงนาม) จำนวน ๒ ฉบับ
๗. สำเนาเอกสาร หรือบัตรข้าราชการ เจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่ง หรือเอกสารอื่นใดที่แสดงตนของผู้รับรองคนที่ ๑ และผู้รับรองคนที่ ๒ จำนวน ๒ ฉบับ

แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

การสนับสนุนการสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี จะมีการช่วยเหลือเป็นเงินการจัดการศพผู้สูงอายุที่เสียชีวิต รายละเอียด ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน) โดยมีเงื่อนไขดังนี้

สถานที่ยื่นคำขอ/หน่วยงานที่ยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการงานศพผู้สูงอายุตามประเพณี

ผู้ที่รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี ยื่นคำขอในพื้นที่ที่ผู้สูงอายุมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน หรือภูมิลำเนาในขณะที่ถึงแก่ความตาย ภายใน ๖ เดือนนับตั้งแต่วันที่ออกใบมรณบัตร ดังนี้

๑. กรุงเทพฯ ยื่นขอที่สำนักงานเขต
๒. จังหวัด ให้ยื่นคำขอที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หรือที่ว่าการอำเภอหรือสำนักงานเทศบาล หรือที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบล หรือศาลาว่าการเมืองพัทยา

หลักเกณฑ์ของผู้สูงอายุที่เสียชีวิต



๑. ผู้เสียชีวิตต้องอายุเกิน ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย
 ๒. ผู้เสียชีวิตจะต้องมีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ เว้นแต่ผู้สูงอายุเสียชีวิตไม่ได้ลงทะเบียนตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ หรือโครงการบัตรสวัสดิการในลักษณะเดียวกันที่เรียกชื่ออย่างอื่น แต่มีคุณสมบัติตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ ให้ผู้มีอำนาจในการรับรองคนใดคนหนึ่ง ได้แก่ นานาอำเภอ หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือประธานชุมชน เป็นผู้ให้การรับรองผู้สูงอายุที่เสียชีวิตที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ (พิจารณาตามเกณฑ์โครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕)
- โดยผู้ยื่นคำขอและผู้รับรอง ต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน



คุณสมบัติผู้ยื่นคำขอรับเงินค่าจัดการงานศพผู้สูงอายุตามประเพณี



๑. ผู้ยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการงานศพผู้สูงอายุตามประเพณี ได้แก่ บิดา มารดา สามีนี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้องของผู้สูงอายุที่เสียชีวิต รวมทั้งมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์

หลักฐานการยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการงานศพผู้สูงอายุตามประเพณี

๑) กรณีผู้สูงอายุที่เสียชีวิตและมีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ หรือโครงการสวัสดิการในลักษณะเดียวกันที่เรียกชื่อเป็นอย่างอื่น แนบเอกสารหลักฐานดังนี้

- (๑) แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการงานศพผู้สูงอายุตามประเพณี
- (๒) สำเนาใบมรณบัตรผู้สูงอายุที่เสียชีวิต และสำเนาบัตรประชาชนของผู้สูงอายุที่เสียชีวิตจำนวน ๑ ฉบับ
- (๓) สำเนาผลการตรวจสอบผ่านทางเว็บไซต์โครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ (<https://register-welfare.mof.go.th/welfare-customer-web/#/check-status>) จำนวน ๑ ฉบับ
- (๔) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยื่นคำขอ จำนวน ๑ ฉบับ
- (๕) สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้ยื่นคำขอ จำนวน ๑ ฉบับ
- (๖) สำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้มีอำนาจในการรับรอง จำนวน ๑ ฉบับ

หมายเหตุ : สำเนาเอกสารการยื่นคำขอรับเงินค่าจัดการศพฯ จะต้องรับรองเอกสารทุกฉบับ

๒) กรณีผู้สูงอายุที่เสียชีวิตไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ หรือโครงการสวัสดิการในลักษณะเดียวกันที่เรียกชื่อเป็นอย่างอื่น แนบเอกสารหลักฐานดังนี้

- ๑) สำเนาใบมรณบัตร และสำเนาบัตรประชาชนของผู้สูงอายุที่เสียชีวิต จำนวน ๑ ฉบับ
- ๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยื่นคำขอ จำนวน ๑ ฉบับ
- ๓) สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้ยื่นคำขอ จำนวน ๑ ฉบับ
- ๔) บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้รับรอง จำนวน ๑ ฉบับ

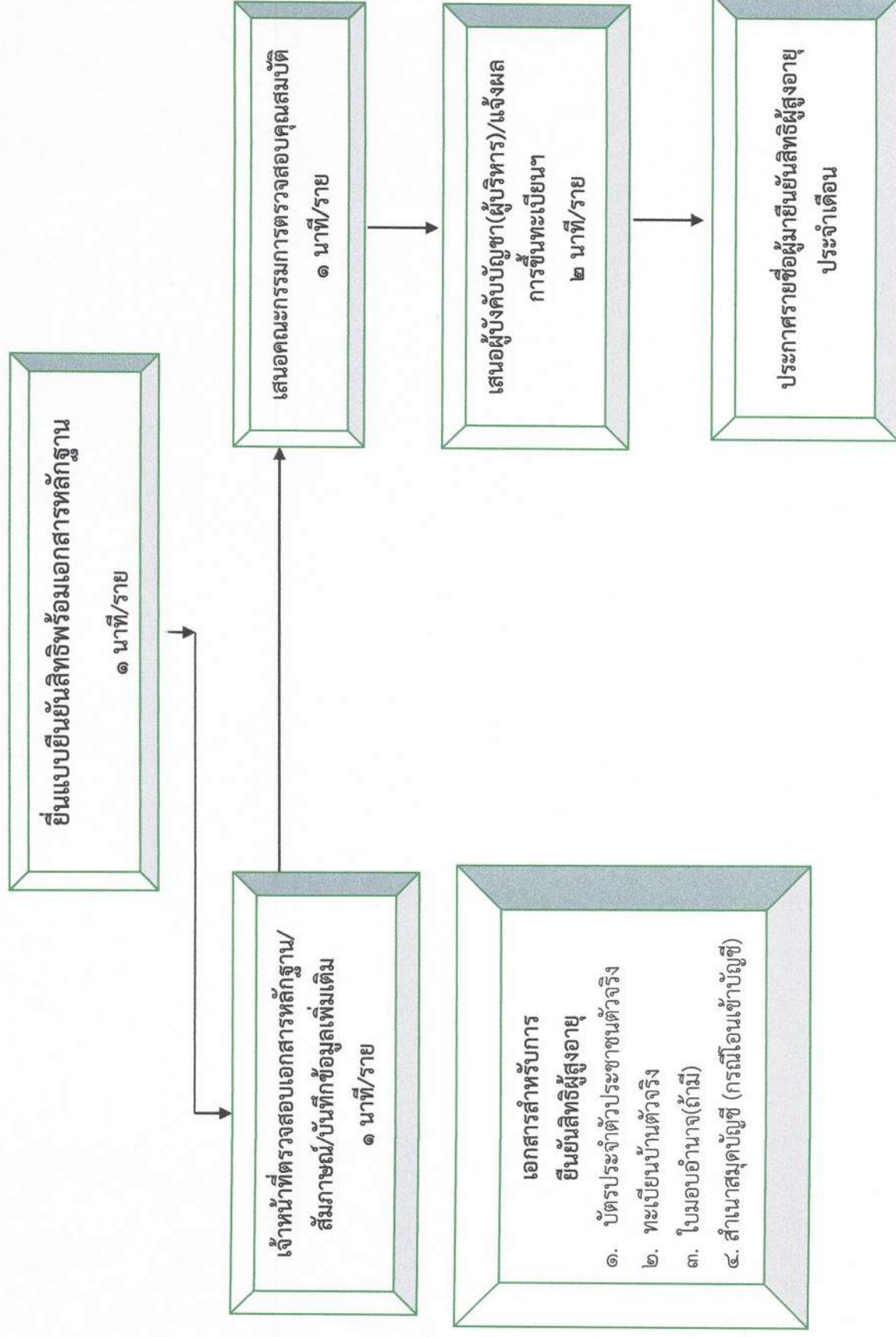
หมายเหตุ : ผู้ยื่นคำขอและผู้รับรองจะต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน



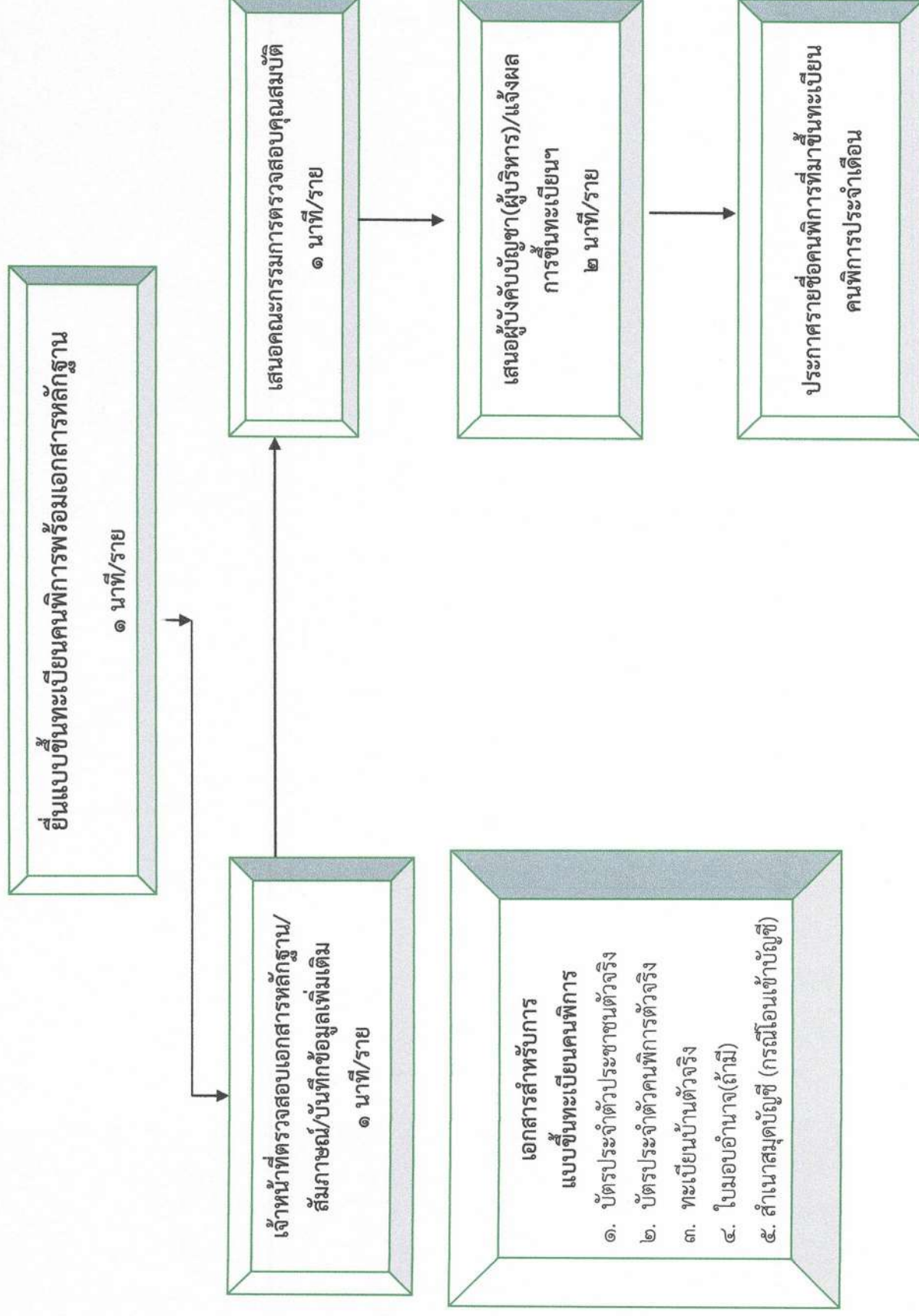
อันชีวิต คนเรา ก็เท่านั้น
จนหรือมี คนเรา ก็เท่านั้น
วาสนา คนเรา ไม่เท่ากัน
อันความตาย เท่านั้น ที่เท่าเทียม

ภาคผนวก

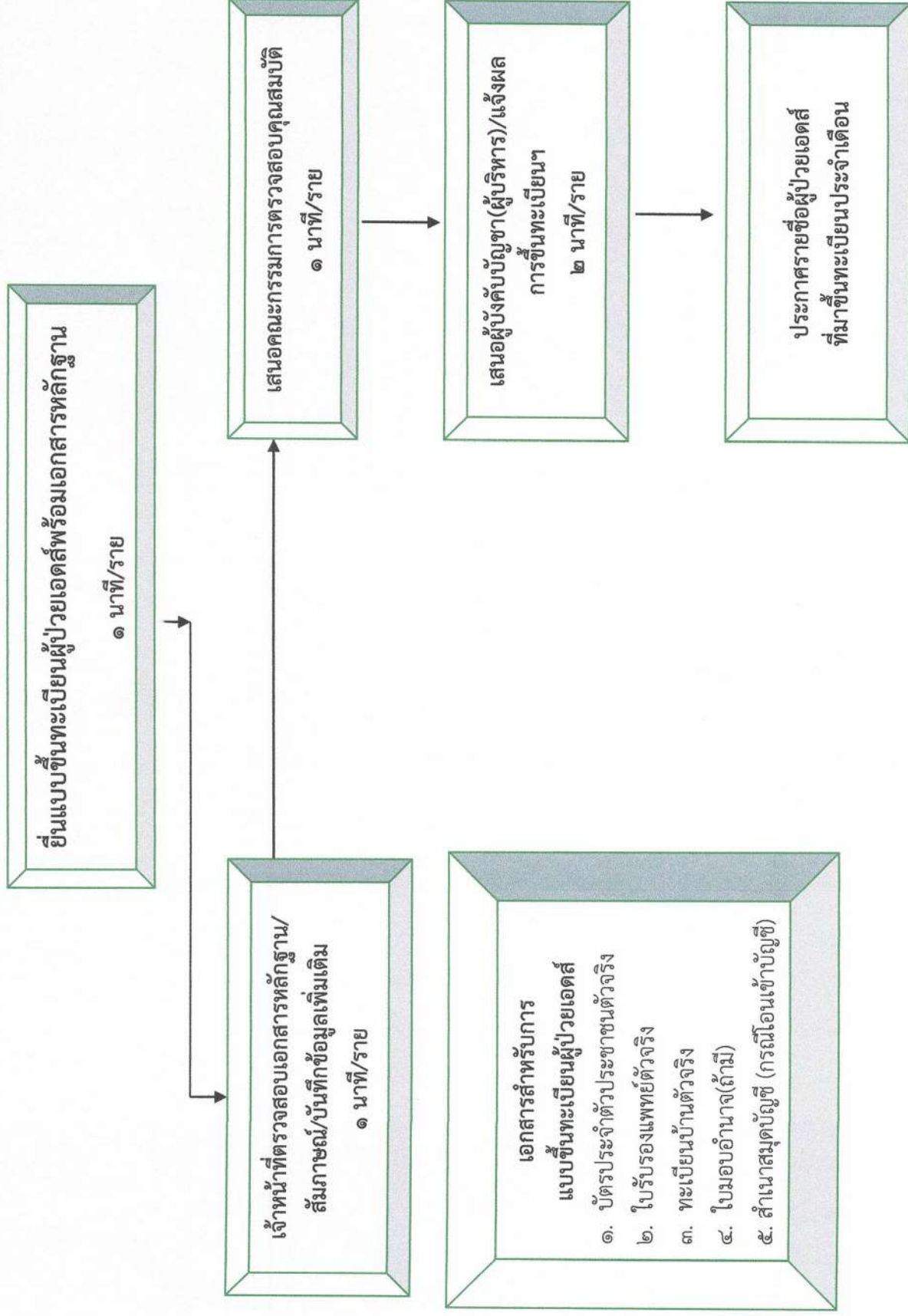
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การยื่นยื่นสิทธิผู้สูงอายุ)



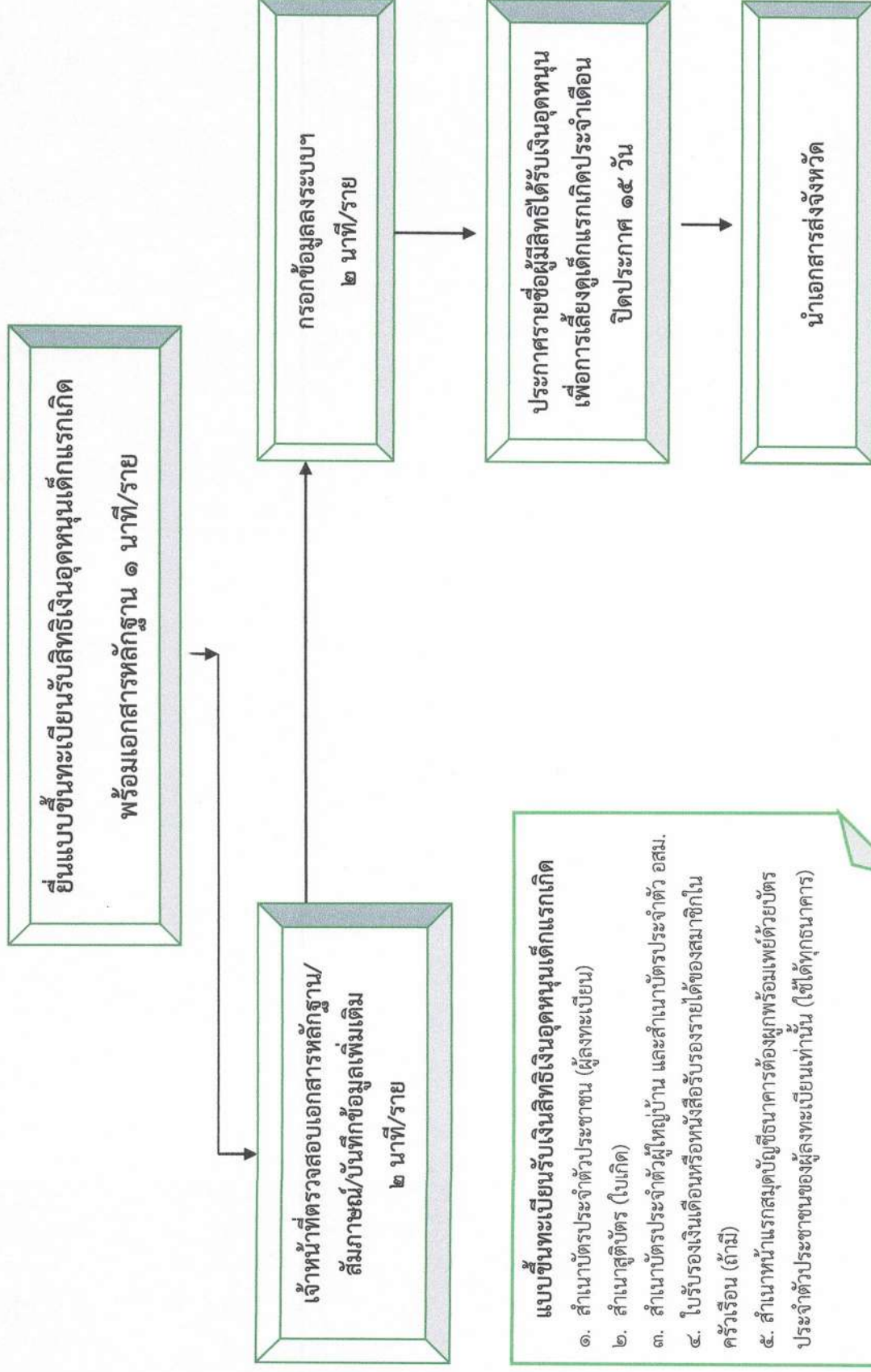
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติการ (ขั้นตอนเขียนคนพิการ)



แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (ขั้นตอนเขียนผู้ป่วยเอดส์)



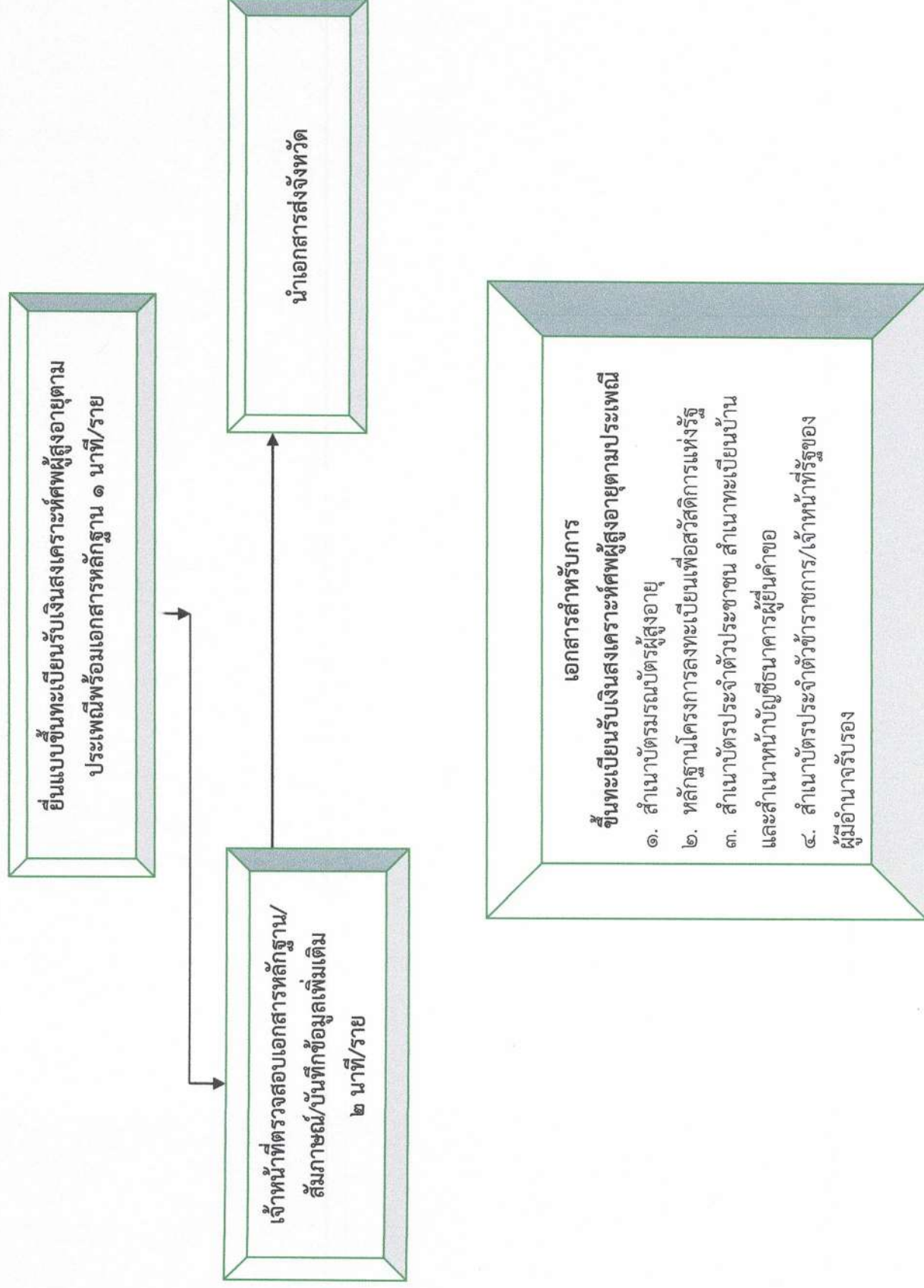
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติการ (ขั้นตอนเขียนรับสิทธิเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด)



แบบขึ้นทะเบียนรับสิทธิเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ผู้ลงทะเบียน)
 ๒. สำเนาสูติบัตร (ใบเกิด)
 ๓. สำเนาบัตรประจำตัวผู้ใหญ่บ้าน และสำเนาบัตรประจำตัว อสม.
 ๔. ใบรับรองเงินเดือนหรือหนังสือรับรองรายได้ของสมาชิกในครัวเรือน (ถ้ามี)
 ๕. สำเนาทะเบียนราษฎรหรือทะเบียนบ้าน (ใช้ได้ทุกขนาด)
- ประจำตัวประชาชนของผู้ลงทะเบียนแทน (ใช้ได้ทุกขนาด)

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (ขั้นตอนเขียนรับเงินสงเคราะห์ศพผู้สูงอายุตามประเพณี)



ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแบบยืนยันสิทธิแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ยืนยันสิทธิ

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

□-□□□□-□□□□□-□□-□ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

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

รหัสไปรษณีย์ ๓๑๒๑๐ โทรศัพท์.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

วันที่ออกบัตร.....วันหมดอายุ.....

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ.....

อาชีพ.....รายได้ต่อเดือน.....

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

☐ ไม่ขอรับสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีการดังนี้ (เลือกได้ ๑ วิธี)

☐ รับเงินสด ☐ รับเงินสดโดยบุคคลอื่นที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสารดังนี้ ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร

☐ “ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ณ วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

☐ ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นและยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยืนยันสิทธิ/ผู้รับมอบอำนาจยืนยันสิทธิ

เจ้าหน้าที่ผู้รับยืนยันสิทธิ

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติ <u>ยืนยันสิทธิ</u> ครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ <u>รอตรวจสอบคุณสมบัติ</u> ณ วันที่มีสิทธิได้รับเงิน เบี้ยยังชีพ ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองไผ่ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับยืนยันสิทธิ ☐ ไม่สมควรรับยืนยันสิทธิ..... กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)
คำสั่ง ☐ รับยืนยันสิทธิ ☐ ไม่รับยืนยันสิทธิ ☐ อื่นๆ..... (ลงชื่อ)..... (.....) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองไผ่ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....	

ยื่นแบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

การยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงิน
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่คุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการยืนยันสิทธิโดยได้รับตั้งแต่เดือน.....
พ.ศ.เป็นต้นไป

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

เฉพาะกรณีผู้พิการมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียน

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.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชนผู้พิการที่ยื่นคำขอขึ้นทะเบียน □-□□□□-□□□□□-□□-□

ประเภทความพิการ.....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

☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

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

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

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ โดยวิธีการดังนี้ (เลือกได้ ๑ วิธี)

☐ รับเงินสด ☐ รับเงินสดโดยบุคคลอื่นที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

☐ สำเนาบัตรประจำตัวผู้พิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

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

เลขที่บัญชี.....ชื่อบัญชี.....

() ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ได้ยื่นเป็นความจริงทุกประการ หากข้อความและเอกสารที่ยื่นนี้เป็นเท็จ

ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

() ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นและยินยอมให้

ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับสิทธิ์

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติหมายเลขบัตรประจำตัวผู้พิการ □-□□□□-□□□□□-□□-□ ของ นาย/นาง/นางสาว..... แล้ว ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ 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..... พศ.....	

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

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.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอขึ้นทะเบียน □-□□□□-□□□□□□-□□-□

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)

☐ รับเงินสด ☐ รับเงินสดโดยบุคคลอื่นที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

☐ ใบรับรองแพทย์ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

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

เลขที่บัญชี.....ชื่อบัญชี.....

() ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ได้ยื่นเป็นความจริงทุกประการ หากข้อความและเอกสารที่ยื่นนี้เป็นเท็จ

ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

() ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นและยินยอมให้

ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับสิทธิ์

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติหมายเลขบัตรประจำตัวผู้ป่วยเอดส์ □-□□□□-□□□□□-□□-□ ของ นาย/นาง/นางสาว..... แล้ว ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ 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.....	



แบบคำร้องขอลงทะเบียน
เพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ปีงบประมาณ ..2567..

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.....
 - 2.8 อาชีพ ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ ประกอบอาชีพ ระบุ.....
 - 2.9 การศึกษา ☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ กำลังศึกษา.....
 - ☐ จบการศึกษา(สูงสุด).....

ข้อมูลบิดา

☐ ไม่ปรากฏบิดา

 - 2.10 ☐ เด็กชาย ☐ นาย.....
 - 2.11 เลขประจำตัวประชาชน
 - 2.12 อายุ.....ปี
 - 2.13 สัญชาติ.....
 - 2.8 อาชีพ ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ ประกอบอาชีพ ระบุ.....
 - 2.9 การศึกษา ☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ กำลังศึกษา.....
 - ☐ จบการศึกษา(สูงสุด).....

3. ช่องทางการรับเงินอุดหนุน เลือกเพียง 1 ธนาคาร (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

☐ 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
 (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ได้ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของ
 ข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ยินยอมให้นำข้อมูลในบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อ
 ตรวจสอบสถานะบุคคลในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร ข้อมูลทางการเงินและทรัพย์สิน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ
 ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินในส่วนที่รับไปโดยไม่มีสิทธิ หรือยินยอมให้หักจากสวัสดิการอื่น หรือหักจากบัญชีเงินฝากธนาคารของข้าพเจ้าได้
 ในกรณีข้าพเจ้ายินดีรับข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็กผ่านช่องทางต่าง 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 ของผู้

รับรอง

คนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2

- ☐ สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องขอ
 ลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน
 (.....)
 ตำแหน่ง.....



แบบรับรองสถานะของครัวเรือน
ตารางแสดงจำนวนสมาชิกและรายได้ของครัวเรือน

ส่วนที่ 1 : ผู้ลงทะเบียน

ข้อมูลสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่จริงของผู้ลงทะเบียน

(กรณีต่างค้ำที่มีบัตรประจำตัวซึ่งไม่มีสัญชาติไทย) สามารถกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มได้

ลำดับ ที่	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อ นามสกุล	อายุ	ความสัมพันธ์ กับเด็ก	อาชีพ	รายได้/เดือน	บัตรสวัสดิการ แห่งรัฐ	
							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) รายได้เฉลี่ยคำนวณจากรายได้รวมของครัวเรือนหารด้วยจำนวนสมาชิกทั้งหมดของที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้น โดยนับรวมรายได้ในรอบปีของสมาชิกทุกคนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้นติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 180 วันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยให้นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย ซึ่งสมาชิกของครัวเรือนมีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติโดยสายโลหิต หรืออยู่กินด้วยกันฉันสามีภรรยา หรือด้วยเหตุอื่นตามกฎหมาย แต่ไม่นับรวมผู้ซึ่งเป็นลูกจ้างหรือผู้ซึ่งได้อนุญาตให้อยู่อาศัยด้วย
- 2) กรณีสมาชิกในครัวเรือนเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานบริษัท ผู้มีรายได้ประจำ ให้แนบหนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือนของผู้มีรายได้ประจำ ด้วยทุกคน
- 3) กรณีสมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐทุกคน ไม่ต้องมีผู้รับรองสถานะของครัวเรือน

ส่วนที่ 2 : ผู้รับรอง

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



แบบ คผส. 01

แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

เขียนที่

วัน เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ 1 : สำหรับผู้ยื่นขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน
ออกให้โดย วันออกบัตร วันหมดอายุ อาชีพ
อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง
อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
โทรศัพท์มือถือ

มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ตายในฐานะเป็น และเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุ
โดยได้รับความยินยอมจากบิดา/มารดา/บุตร/พี่น้อง/เครือญาติ/ของผู้สูงอายุที่ตายให้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพของผู้สูงอายุที่ตาย
ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี
เลขบัตรประจำตัวประชาชน ออกให้โดย วันออกบัตร วัน
หมดอายุ อาศัยอยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/
แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
โทรศัพท์มือถือ

ถึงแก่กรรมด้วยสาเหตุ เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ตามใบ
มรณบัตรเลขที่ ออกให้โดย เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ได้ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าไม่เคยได้รับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพ
ผู้สูงอายุรายนี้มาก่อน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและข้อมูลในบัตรประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้แก่
หน่วยงานของรัฐและยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถามและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐ
ที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาจัดสรรสวัสดิการและหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามกฎหมายของรัฐ และหรือ
เพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้ถือว่าคู่ฉบับและบรรดาสำเนา ภาพถ่าย
ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสารที่ทำขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้าเช่นเดียวกัน

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ
(.....)
วันที่ / /

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้ให้การรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

เขียนที่

วัน เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ตำแหน่ง
สังกัดหน่วยงาน เลขบัตรประจำตัวประชาชน
ออกให้โดย วันออกบัตร วันหมดอายุ
อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง
อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
ขอรับรองว่าผู้ยื่นคำขอดังกล่าวเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุรายนี้จริง

(ลงชื่อ) ผู้รับรอง
(.....)
ตำแหน่ง
วันที่ / /

(ข้อมูลขึ้นงัดด้านหลัง)



แบบรับรองการมีคุณสมบัติตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
หรือโครงการสวัสดิการในลักษณะเดียวกันที่เรียกชื่อเป็นอย่างอื่น

เขียนที่

วัน เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว) ตำแหน่ง

สังกัดหน่วยงาน อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ออกให้โดย

วันออกบัตร วันหมดอายุ อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน

ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

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

โทรศัพท์มือถือ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้สูงอายุที่ตายชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี

เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี 2565 หรือโครงการสวัสดิการในลักษณะเดียวกัน
ที่เรียกชื่อเป็นอย่างอื่น

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและข้อมูลในบัตรประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของ
ข้าพเจ้าไปใช้แก่หน่วยงานของรัฐและยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถามและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่
หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาจัดสรรสวัสดิการและหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามกฎหมายของรัฐ
และหรือเพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้ถือว่าคู่ฉบับและบรรดาสำเนา ภาพถ่าย
ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสารที่ทำขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้า
เช่นเดียวกัน

(ลงชื่อ)ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่ / /

หมายเหตุ : ผู้อำนวยเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองการบริหารส่วนตำบล หรือ
นายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน เป็นผู้ให้การรับรองผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ (พิจารณาตามเกณฑ์
เอกสารแนบท้าย) โดยผู้ยื่นคำขอและผู้รับรอง ต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน

เลขที่.....

แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online

วันที่เดือน..... พ.ศ.

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดบุรีรัมย์

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

เลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

สำนัก/กอง/ศูนย์.....สังกัดกรม.....กระทรวง.....

อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

เบอร์โทรศัพท์.....

ขอรับเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร มาเพื่อเป็นหลักฐานด้วยแล้ว

☐ กรณีเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ ที่สังกัดส่วนราชการผู้จ่าย

☐ เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ใช้สำหรับรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน

บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

☐ เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารอื่น ตามที่พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดบุรีรัมย์อนุญาต

บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

☒ กรณีเป็นบุคคลภายนอก เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....

สาขา.....ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

และเมื่อ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดบุรีรัมย์ โอนเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online แล้ว
ให้ส่งข้อมูลการโอนเงินผ่านช่องทาง

☐ ข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ (SMS) ที่เบอร์โทรศัพท์.....

☐ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ต่ำน e-mail address.....

ลงชื่อ.....ผู้มีสิทธิรับเงิน

(.....)

ตัวอย่างผลการตรวจสอบผ่านทางเว็บไซต์โครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี 2565



โครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐปี 2565 สำหรับประชาชนลงทะเบียน

ผลการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ

สถานะ

ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติ

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

ตำแหน่งที่

ชื่อ

ชื่อกลาง

นามสกุล

นาง

ใจ

สน

ผลการลงทะเบียน / ผลการพิจารณาคุณสมบัติ / ผลการยืนยันตัวตน (e-KYC)



ผลการลงทะเบียน



ผลการพิจารณา
คุณสมบัติ



ผลการยืนยันตัวตน
(e-KYC)

ผลการลงทะเบียน

ลงทะเบียนสมบูรณ์

ผลการพิจารณาคุณสมบัติ

ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติ

ผลการยืนยันตัวตน (e-KYC)

ผ่านการยืนยันตัวตน (e-KYC)

มีบัญชีเงินฝากธนาคารที่ถูกพร้อมเพรียงกับประชาชน

1 มีบัญชีเงินฝากธนาคารที่ถูกพร้อมเพรียงกับประชาชน

หมายเหตุ : วันที่ตรวจสอบสถานะการผูกพร้อมเพรียงกับหมายเลขประจำตัวประชาชน ณ วันที่ 28 มีนาคม 2566



เปิดรับ
ลงทะเบียน



ตรวจสอบคุณสมบัติข้อมูล
ของผู้ลงทะเบียนและสมาชิก
ในครอบครัวของผู้ลงทะเบียน



ประกาศผล
การตรวจสอบ
คุณสมบัติ



ยืนยันตัวตน
เพื่อรับสิทธิ



เริ่มใช้สิทธิ
ผ่านบัตรประจำตัว
ประชาชน



