

คู่มือสำหรับประชาชน กองสวัสดิการสังคม

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ การขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ กองสวัสดิการสังคมองค์การบริหารส่วนตำบลโพนแพง

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางให้บริการ

สำนักปลัด อบต./งานพัฒนาชุมชน

โทรสาร. ๐๒๔-๐๕๒๕๑๙

<http://www.poonpang.go.th>

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐.๐๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบลโพนแพงรับขึ้นทะเบียนทุกเดือน พฤศจิกายนของทุกปี (ตั้งแต่วันที่ ๑ – ๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี) ในวันและเวลาราชการ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑. สัญชาติไทย

๒. มีอายุ ๕๙ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (ในกรณีที่ทะเบียนราษฎรระบุเฉพาะปีเกิด ให้ถือว่าบุคคลนั้นเกิดวันที่ ๑ มกราคม ของปีนั้น เช่น เกิด พ.ศ. ๒๔๙๗ ให้ถือว่าเกิดวันที่ ๑ มกราคม ๒๔๙

๓. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลโพนแพง

๔. ไม่เป็นผู้ที่ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือเทศบาล อบต. ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ที่ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือเทศบาล อบต. จัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบ

กรณีผู้ยื่นเอกสารแทน

สามารถยื่นเอกสารแทนผู้สูงอายุได้ และหากผู้สูงอายุมีความประสงค์โอนเงินเข้าบัญชีผู้อื่น ต้องมีหนังสือมอบอำนาจ ตัวจริงพร้อมสำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ อย่างละ ๑ ชุด

ผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนไว้ ตั้งแต่วันที่ ๑- ๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพ เริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม ของปีถัดไป (ไม่มีการจ่ายย้อนหลัง)

หลักเกณฑ์การรับเงินแบ่งตามอายุ ดังนี้

ปัจจุบันได้จ่ายแบบขั้นบันได

อายุ ๖๐ -๖๙ ปี จะได้รับ ๖๐๐ บาท

อายุ ๗๐ -๗๙ ปี จะได้รับ ๗๐๐ บาท

อายุ ๘๐ -๘๙ ปี จะได้รับ ๘๐๐ บาท

อายุ ๙๐ ปีขึ้นไป จะได้รับ ๑,๐๐๐ บาท

หมายเหตุ ในกรณีผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุย้ายทะเบียนบ้านให้เทศบาล หรือ อบต.ที่เคยจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเดิมยังคงจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตนกว่าจะสิ้นสุดปีงบประมาณนั้น คือเดือนกันยายน หากมีความประสงค์จะรับเบี้ยยังชีพกับเทศบาล หรือ อบต. แห่งใหม่ ต้องไปจดทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพที่เทศบาลหรือ อบต.แห่งใหม่ ภายในวันที่ ๑ -๓๐ พฤศจิกายนของทุกปี และเริ่มรับเงินที่ใหม่ในเดือนตุลาคม ของปีถัดไป

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

๑. ผู้รับทะเบียนยื่นเอกสารขอรับใบลงทะเบียน
๒. เจ้าหน้าที่รับเอกสารและตรวจสอบข้อมูล
๓. เช็กสถานะเอกสารที่ได้รับว่าตรงตามหลักเกณฑ์หรือไม่
๔. รับลงทะเบียนผู้รับบริการ
๕. เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียนเซ็นรับรองความถูกต้อง
๖. ฉีกเอกสารแนบท้ายเพื่อยืนยันว่าขึ้นทะเบียนแล้ว

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

๑. งานพัฒนาชุมชน/สำนักปลัด อบต.

ระยะเวลา

ใช้เวลาทั้งสิ้น ๓๐ วัน

รายการเอกสารหรือหลักฐานประกอบที่ต้องใช้

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ชุด
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ชุด
๓. สำเนาสมุดบัญชี ธกส. จำนวน ๑ ชุด
- ๔.การยื่นคำขอรับการสงเคราะห์
- ๕.สามารถยื่นเอกสารได้ด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อื่นแทนได้

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่
สำนักงาน อบต.โพนแพง โทร. ๐๔๒- ๐๕๒๕๑๙

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ลงทะเบียนชื่อ -

สกุล(ผู้รับมอบอำนาจ)เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ ---- ที่อยู่.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน

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

.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ ----สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ.....

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ ☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตัวเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย☐ สำเนาทะเบียนบ้าน☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)☐ หนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ
บำเหน็จรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอ
รับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

- ๒ -

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/

.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

□-□□□□-□□□□□-□□□□แล้ว

☐ เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย☐ เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก

.....

.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพนแพง

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว

มีความเห็นดังนี้

☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

กรรมการ (ลงชื่อ).....

(นางสาวใจเพชร ภูทะเล)

หัวหน้าสำนักปลัดฯ

กรรมการ (ลงชื่อ).....

(นางวิจิตรตรรก์ สุนทวงศ์)

นักวิชาการศึกษา

กรรมการ (ลงชื่อ).....

(นางสาวสุดา ลาลัย)

ผอ.กองสวัสดิการฯ

คำสั่ง

☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่น ๆ

(ลงชื่อ).....

(นายปิยะศักดิ์ สุริยนต์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพนแพง

วัน/เดือน/ปี.....

✕ ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพ

ผู้สูงอายุ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึงเดือนกันยายน ในอัตราแบบขั้นบันได ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น (ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ถึงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน) จะต้องไปลงทะเบียนยื่น

คำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น แห่งใหม่ ภายในเดือนพฤศจิกายน

..... ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ การขึ้นทะเบียนผู้พิการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ กองสวัสดิการสังคมองค์การบริหารส่วนตำบลโพนแพง

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางให้บริการ

สำนักปลัด อบต.โพนแพง/งานพัฒนาชุมชน

โทร. ๐๔๒-๐๕๒๕๑๙ วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.

<http://www.poonpang.go.th>

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับเบี้ยความพิการ องค์การบริหารส่วนตำบลโพนแพงรับขึ้นทะเบียนทุกเดือนพฤศจิกายน ของทุกปี (ตั้งแต่วันที่ ๑ - ๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี) ในวันและเวลาราชการ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการ

๑. สัญชาติไทย
 ๒. มีบัตรประจำตัวคนพิการ
 ๓. มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎรในเขตตำบลโพนแพง
 ๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ
 ๕. ในกรณีผู้พิการเป็นผู้ซึ่งต้องขังหรือจำคุกอยู่ในเรือนจำ ทัดตสถาน หรือสถานคุมขังของกรมราชทัณฑ์ หรือเป็นผู้ซึ่งถูกควบคุมอยู่ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน หรือศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน ให้ไปลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการต่อผู้บังคับบัญชาการ หรือผู้อำนวยการตามสถานที่ที่อยู่
- ผู้พิการที่ขึ้นทะเบียนไว้ ตั้งแต่วันที่ ๑- ๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี จะได้รับเงินเบี้ยความพิการ เริ่มตั้งแต่เดือน ตุลาคม ของปีถัดไป (ไม่มีการจ่ายย้อนหลัง)

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

๑. ผู้รับทะเบียนยื่นเอกสารขอรับใบลงทะเบียน
๒. เจ้าหน้าที่รับเอกสารและตรวจสอบข้อมูล
๓. เช็กสถานะเอกสารที่ได้รับว่าตรงตามหลักเกณฑ์หรือไม่
๔. รับลงทะเบียนผู้รับบริการ
๕. เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียนเซ็นรับรองความถูกต้อง
๖. ฉีกเอกสารแนบท้ายเพื่อยืนยันว่าขึ้นทะเบียนแล้ว

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

๑. สำนักปลัด อบต.โพนแพง/งานพัฒนาชุมชน

ระยะเวลา

ใช้เวลาทั้งสิ้น ๓๐ วัน

รายการเอกสารหรือหลักฐานประกอบที่ต้องใช้

๒. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ชุด

๓. สำเนาสมุดบัญชี ชกส. จำนวน ๑ ชุด

๔. การยื่นคำขอรับการสงเคราะห์สามารถยื่นเอกสารได้ด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อื่นแทนได้

หลักฐานสำหรับผู้อื่นที่มาแทน

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ชุด

๒. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ชุด

๓. หนังสือมอบอำนาจ จำนวน ๑ ชุด

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลโพนแพง โทร. ๐๔๒-๐๕๒๕๑๙

<http://www.poonpang.go.th>

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน :ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียนโดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามี-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการ ☐ อื่น ๆ.....

ลงทะเบียน ชื่อ - สกุล(ผู้รับมอบอำนาจ)เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ ☐-
☐☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐☐-☐☐-☐☐ที่อยู่.....

ข้อมูลคนพิการ

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

คำนำหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

ชื่อ.....นามสกุล.....

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

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐-☐☐-☐☐

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการมองเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา
☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้
☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางกาย ☐ ความพิการทางอหิสติก
☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ.....

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่
เมื่อ.....

☐ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....
☐ มีอาชีพ (ระบุ)..... รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....(บาท)

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

☐ รับเงินสดด้วยตัวเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล
ธนาคารสาขา..... เลขที่บัญชี ☐☐☐-☐-☐☐☐☐☐-☐

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

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

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ การยื่นคำขอทำบัตรประจำตัวผู้พิการ (ส่งเรื่องต่อ พมจ.)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ กองสวัสดิการสังคมองค์การบริหารส่วนตำบลโพนแพง

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางให้บริการ

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

สำนักปลัด อบต.โพนแพง/งานพัฒนาชุมชน วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐.๐๐ น.โทรสาร.

๐๔๒-๕๑๔

<http://www.poonpang.go.th>

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

การจัดบริการสาธารณะเป็นภารกิจสำคัญที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องดำเนินการทั้งตามอำนาจหน้าที่ และที่ได้รับถ่ายโอนจากส่วนราชการต่างๆซึ่งตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.๒๕๓๗ มาตรา ๖๗(๖)และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ มาตรา ๑๖(๑๐) กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอำนาจและหน้าที่ในการดำเนินการสังคมสงเคราะห์ และการพัฒนาคุณภาพเด็ก สตรี คนชรา คนพิการและผู้ด้อยโอกาส ให้ได้รับความคุ้มครองที่เท่าเทียมกัน ตามหลักสิทธิมนุษยชน และการมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะของประชาชนในท้องถิ่น

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

๑. ประชาชนยื่นเอกสารแบบคำขอ
๑. งานพัฒนาชุมชน/สำนักปลัด อบต.โพนแพง
๒. เจ้าหน้าที่รับและตรวจสอบความถูกต้องเอกสาร
๓. เจ้าหน้าที่ส่งเรื่องต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครพนม

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลาดำเนินการ ๑ วัน

รายการเอกสารหรือหลักฐานประกอบที่ต้องใช้

๒. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ชุด
๓. รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
๔. ใบรับรองเป็นผู้พิการจากแพทย์

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

สำนักงานอบต.โพนแพง โทร. ๐๔๒-๐๕๒๕๑๙
<http://www.poonpang.go.th>

ตัวอย่างแบบฟอร์ม



แบบคำขอมิบัติรประจำตัวคนพิการ

ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550

แบบคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ
ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐

- ☐ ขอมิบัตรใหม่ ☐ ขอมิบัตรใหม่เนื่องจากบัตรเดิมหมดอายุ
☐ ขอมิบัตรใหม่เนื่องจากชำรุด/สูญหาย/มีการแก้ไขข้อมูลสำคัญ

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว / อื่นๆ (ระบุ) อายุ ปี

เลขประจำตัวประชาชน

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน ชื่อหมู่บ้าน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรสาร Email Address

☐ เป็นคนพิการ หรือ

☐ ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ดูแลคนพิการ ให้ระบุความสัมพันธ์กับคนพิการ

มีความประสงค์จะขอมิบัตรประจำตัวคนพิการตามมาตรา ๑๙ ต่อนายทะเบียน พร้อมนี้ได้แนบเอกสารมาประกอบการยื่นคำขอครั้งนี้ ได้แก่

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ หรือสำเนาสูติบัตรของคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ

☐ สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ

☐ รูปถ่ายของคนพิการ ขนาด ๑ นิ้ว ไม่สวมหมวกหรือแว่นตาดำ ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๒ รูป

☐ ใบรับรองความพิการซึ่งออกโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลเอกชนที่เลขาธิการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติกำหนด จำนวน ๑ ฉบับ หรือ

☐ กรณีคนพิการมายื่นคำขอด้วยตนเองและเห็นว่าสภาพความสามารถเห็นได้โดยประจักษ์ชัดเจน จึงมีความประสงค์จะให้นายทะเบียนได้พิจารณา โดยไม่มีใบรับรองความพิการ

☐ กรณีเป็นผู้ดูแลคนพิการ ได้แนบสำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ ๑ ฉบับ หรือ

☐ กรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็นบิดามารดาของคนพิการ และมีชื่อในทะเบียนบ้านเลขที่เดียวกันกับคนพิการไม่ต้องแนบสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยื่นคำขอแทนก็ได้

☐ หลักฐานอื่นๆ ที่แสดงให้เห็นว่าได้รับมอบอำนาจจากคนพิการ หรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับคนพิการเนื่องจากเป็นผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ดูแลคนพิการ (เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอพิจารณา)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการได้

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ

ติดรูปถ่าย
คนพิการ

รายละเอียดประกอบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

(เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ขอให้กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ให้มากที่สุด โดยให้ดำเนินการทั้งกรณีการขอมีบัตรใหม่ และกรณีขอมีบัตรใหม่เนื่องจากบัตรเดิมหมดอายุ/ชำรุด/สูญหาย/มีการแก้ไขข้อมูลสำคัญ

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้อ ๑ หน่วยงานที่รับคำขอ

ข้อ ๒ ชื่อ สกุล ตำแหน่ง

(เจ้าหน้าที่สอบข้อเท็จจริง)

ข้อ ๓ ข้อมูลส่วนตัวเกี่ยวกับคนพิการ

๓.๑ คำนำนามานาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (ระบุ)

๓.๒ ชื่อ นามสกุล

๓.๓ เกิดเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

๓.๔ เลขประจำตัวประชาชน

๓.๕ ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ ระบุ

๓.๖ สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ สมรสแยกกันอยู่ ☐ หม้ายหย่าร้าง
☐ หม้ายคู่สมรสเสียชีวิต ☐ อยู่ด้วยกันโดยไม่สมรส ☐ อื่นๆ (ระบุ)

๓.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน
หมู่บ้าน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร Email Address

๓.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน
หมู่บ้าน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร Email Address

๓.๙ สำเร็จการศึกษาระดับสูงสุด

☐ อายุถึงเกณฑ์แต่ไม่ได้เรียน ☐ อายุไม่ถึงเกณฑ์ที่จะเรียน ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา
☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปวช. ปวส. ปวท. ☐ อนุปริญญา ☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี

๓.๑๐ การประกอบอาชีพ

☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ เกษตรกรรม ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ ลูกจ้างภาคเอกชน
☐ รับจ้างทั่วไป ☐ ผู้ประกอบกิจการส่วนตัว/อาชีพอิสระ/ธุรกิจ ☐ อื่นๆ ระบุ

๓.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการต่อเดือน

☐ ไม่มีรายได้ ☐ มีรายได้ บาท

๓.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว) บาท

๓.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี) คน

ข้อ ๔ ข้อมูลเกี่ยวกับประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ/ความบกพร่อง

- ๔.๑ ☐ สภาพความพิการจากใบรับรองความพิการ ออกโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของสถานพยาบาลของรัฐ
สถานพยาบาลเอกชนที่เลขาธิการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติกำหนด (เอกสารแนบ)
- ๔.๒ ☐ สภาพความพิการสามารถเห็นได้โดยประจักษ์ ไม่มีใบรับรองความพิการ (เอกสารแนบ)
(ใช้รายละเอียดความพิการจากข้อมูลตามข้อ ๔.๑ หรือ ๔.๒ ระบุลงในบัตรประจำตัวคนพิการ)
- ๔.๓ ความยากลำบากในชีวิตประจำวัน
- ☐ ไม่มียากลำบากใดๆ ☐ มีความยากลำบากแต่ดูแลตนเองได้ ☐ ยากลำบากมากจำเป็นต้องมีผู้ดูแล
- ๔.๔ ความยากลำบากในการเข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของคนพิการ
- ☐ ไม่มียากลำบากใดๆ ☐ มีความยากลำบากแต่ดูแลตนเองได้ ☐ ยากลำบากมากจำเป็นต้องมีผู้ดูแล

ข้อ ๕ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแลคนพิการ

- ๕.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ☐ ไม่มีผู้ดูแล ☐ มีผู้ดูแลอยู่แล้ว
- ๕.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้
- (๑) ชื่อ นามสกุล
- (๒) เลขประจำตัวประชาชนของผู้ดูแล
- (๓) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ☐ บิดาหรือมารดา ☐ พี่น้อง ☐ ปู่ย่าตายาย
☐ บุตร ☐สามีหรือภรรยา ☐ ญาติ ☐ บุคคลอื่นที่มีใช้ญาติ ระบุ
- (๔) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน
หมู่บ้าน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร Email Address
- (๕) รายได้ต่อเดือนของผู้ดูแลโดยประมาณ ☐ ไม่มีรายได้ ☐ มีรายได้ บาท
- ๕.๓ ผู้ดูแลคนพิการประสงค์ที่จะได้มีการสนับสนุนจากรัฐในเรื่อง (ตอบได้มากกว่า ๑ คำตอบ)
- (๑) การส่งเสริมการประกอบอาชีพ ☐ จำเป็น ☐ ไม่จำเป็น ☐ ได้รับแล้ว
- (๒) การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนพิการ ☐ จำเป็น ☐ ไม่จำเป็น ☐ ได้รับแล้ว
- (๓) การช่วยเหลือทางการเงินหรือสวัสดิการอื่นๆ ☐ จำเป็น ☐ ไม่จำเป็น ☐ ได้รับแล้ว
- (๔) จัดให้มีผู้ช่วยเหลือ/บุคลากรที่เกี่ยวข้องสนับสนุนบางเวลา ☐ จำเป็น ☐ ไม่จำเป็น ☐ ได้รับแล้ว
- (๕) การลดหย่อนภาษี ☐ จำเป็น ☐ ไม่จำเป็น ☐ ได้รับแล้ว
- (๖) อื่นๆ ระบุ

ข้อ ๖ คนพิการประสงค์ที่จะได้รับสิทธิในเรื่อง (ตอบได้มากกว่า ๑ คำตอบ)

๖.๑ การแพทย์และสาธารณสุข

- | | | | |
|---|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| (๑) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ | ☐ จำเป็น | ☐ ไม่จำเป็น | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๒) ค่ารักษาพยาบาล | ☐ จำเป็น | ☐ ไม่จำเป็น | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๓) การอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการหรือสื่อส่งเสริมพัฒนาการ | ☐ จำเป็น | ☐ ไม่จำเป็น | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๔) อื่นๆ ระบุ | | | |

๖.๒ การศึกษาสำหรับคนพิการ

- | | | | |
|---|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| (๑) จัดหาสถานการศึกษาให้เข้าเรียน | ☐ จำเป็น | ☐ ไม่จำเป็น | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๒) สนับสนุนทุนหรืออุปกรณ์ทางการศึกษา หรือสื่อทางเลือกอื่นๆ | ☐ จำเป็น | ☐ ไม่จำเป็น | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๓) อื่นๆ ระบุ | | | |

๖.๓ การประกอบอาชีพ และการมีงานทำ

- | | | | |
|---|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| (๑) การฝึกอาชีพ | ☐ จำเป็น | ☐ ไม่จำเป็น | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๒) การประกอบอาชีพอิสระ | ☐ จำเป็น | ☐ ไม่จำเป็น | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๓) การจัดหางานให้ทำในหน่วยงานของรัฐหรือเอกชน | ☐ จำเป็น | ☐ ไม่จำเป็น | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๔) อื่นๆ ระบุ | | | |

๖.๔ การส่งเสริมให้เข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป

- | | | | |
|--|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| (๑) การให้สังคมยอมรับศักยภาพคนพิการ | ☐ จำเป็น | ☐ ไม่จำเป็น | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๒) การเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการต่างๆ ในชุมชน/สังคม | ☐ จำเป็น | ☐ ไม่จำเป็น | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๓) การส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มคนพิการในชุมชน | ☐ จำเป็น | ☐ ไม่จำเป็น | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๔) อื่นๆ ระบุ | | | |

๖.๕ การได้รับสวัสดิการสังคมจากรัฐ

- | | | | |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| (๑) การจัดให้มีผู้ช่วยคนพิการ | ☐ ต้องการ | ☐ ไม่ต้องการ | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๒) การสนับสนุนเบี้ยความพิการ/เบี้ยยังชีพ | ☐ ต้องการ | ☐ ไม่ต้องการ | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๓) การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย | ☐ ต้องการ | ☐ ไม่ต้องการ | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๔) การส่งเสริมการอุปการะเลี้ยงดู | ☐ ต้องการ | ☐ ไม่ต้องการ | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๕) การจัดหาเงินทุนประกอบอาชีพ | ☐ ต้องการ | ☐ ไม่ต้องการ | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๖) การลดหย่อนภาษี/ค่าบริการจากรายได้ | ☐ ต้องการ | ☐ ไม่ต้องการ | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๗) การให้บริการล่าภาษามือ | ☐ ต้องการ | ☐ ไม่ต้องการ | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๘) อื่นๆ ระบุ | | | |

๖.๖ การเข้าถึงประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ

(๑) จัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่คนพิการเข้าถึงได้ ☐ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ ☐ ได้รับแล้ว

(๒) การสนับสนุนรถโยก/พาหนะสำหรับคนพิการ ☐ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ ☐ ได้รับแล้ว

(๓) อื่นๆ ระบุ

๖.๗ การเข้าถึงจากเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ☐ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ ☐ ได้รับแล้ว

๖.๘ การร้องขอในกรณีมีการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม ☐ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ ☐ ได้รับแล้ว

๖.๙ เรื่องอื่นๆ ระบุ

ข้อ ๗ ความเห็นของเจ้าหน้าที่ ☐ เห็นสมควรให้มีบัตรประจำตัวคนพิการตามที่ขอ ☐ ไม่เห็นควร เนื่องจาก.....

..... ☐ ความเห็นอื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและ ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการได้

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ให้ข้อมูล

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

แบบและรายละเอียดของสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์

สถานที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

ได้ประเมิน ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว

เลขประจำตัวประชาชน

พบว่า มีความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ดังนี้

๑. ประเภทความพิการทางการเห็น

- ☐ ไม่มีลูกตาสองข้าง
- ☐ ไม่มีลูกตาดำทั้งสองข้าง
- ☐ ลูกตาสีขาวขุ่นทั้งสองข้าง
- ☐ ลูกตาฝ่อทั้งสองข้าง

๒. ประเภทความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย

- ☐ หูหนวก เนื่องจากไม่มีหูทั้งสองข้าง

๓. ประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

- ☐ แขนขาตั้งแต่ระดับข้อมือขึ้นไป อย่างน้อยหนึ่งข้าง
- ☐ ขาขาตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นไป อย่างน้อยหนึ่งข้าง

การเกิดความพิการ

- ☐ ตั้งแต่เกิด ☐ ภายหลัง ระบุระยะเวลาจำนวน.....ปี.....เดือน

สาเหตุของความพิการ

- ☐ กรรมพันธุ์ ☐ โรคติดเชื้อ ☐ อุบัติเหตุ
- ☐ โรคอื่น ๆ ระบุ..... ☐ ไม่ทราบสาเหตุ

ลงชื่อ.....

(.....)

นายทะเบียนกลาง/นายทะเบียนจังหวัด.....

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ การยื่นแบบขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ (ส่งเรื่องต่อ พมจ.)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ กองสวัสดิการสังคมองค์การบริหารส่วนตำบลโปนแพง

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางให้บริการ

สำนักปลัด อบต.โปนแพง/งานพัฒนาชุมชน

โทร. ๐๔๒-๐๕๒๕๑๙ วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.

<http://www.poonpang.go.th>

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอ

การจัดบริการสาธารณะเป็นภารกิจสำคัญที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องดำเนินการทั้งตามอำนาจหน้าที่และที่ได้รับถ่ายโอนจากส่วนราชการต่างๆซึ่งตามพระราชบัญญัติสภาพัฒนาการและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. ๒๕๓๗ มาตรา ๖๗(๖) และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ มาตรา ๑๖(๑๐) กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอำนาจและหน้าที่ในการดำเนินการสังคมสงเคราะห์ และการพัฒนาคุณภาพเด็ก สตรี คนชรา คนพิการและผู้ด้อยโอกาส ให้ได้รับความคุ้มครองที่เท่าเทียมกัน ตามหลักสิทธิมนุษยชน และการมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะของประชาชนในท้องถิ่น

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

- ประชาชนยื่นเอกสารแบบคำขอ
- เจ้าหน้าที่รับและตรวจสอบความถูกต้องเอกสาร
- เจ้าหน้าที่ส่งเรื่องต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครพนม

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

- งานพัฒนาชุมชน/สำนักปลัด อบต.

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น ๒ วันทำการ

รายการเอกสารหรือหลักฐานประกอบที่ต้องใช้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ชุด
- สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ชุด
- สำเนาสมุดบัญชี ธกส. จำนวน ๑ ชุด
- การยื่นคำขอรับการสงเคราะห์สามารถยื่นเอกสารได้ด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้แทนแทนได้

หลักฐานสำหรับผู้ยื่นที่มียื่นแทน

- | | |
|-----------------------------|-------------|
| ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน ๑ ชุด |
| ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน ๑ ชุด |
| ๓. หนังสือมอบอำนาจ | จำนวน ๑ ชุด |

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่
สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลโพนแพง โทร. ๐๔๒- ๐๕๒๕๑๙

<http://www.poonpang.go.th>

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพนแพง

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....
 เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ..... ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....
 ถนน.....-..... ตรอก/ซอย.....-..... หมู่ที่..... ตำบลโพนแพง
 อำเภอรามัญ จังหวัดนครพนม รหัสไปรษณีย์ ๔๘๑๑๐ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพ
 ผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

๑. ที่พักอาศัย

() เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ขำรุดทรุดโทรม () ขำรุดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวร

() เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

๓. การพักอาศัย

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

() พักอาศัยกับ รวมคน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน

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

๔. รายได้ - รายจ่าย

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

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....สถานที่ติดต่อเลขที่.....

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

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

โทรศัพท์.....โทรสาร.....เกี่ยวข้องกับ.....

ข้าพเจ้ายินยอมในการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวเพื่อใช้ประกอบการเบิกเงินสงเคราะห์ดังกล่าว โดยมีได้ถูก
 บังคับ แต่อย่างไร และถือว่าไม่เป็นการละเมิดสิทธิของข้าพเจ้าแต่อย่างใด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

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

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลโพนแพง

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มีสิทธิได้รับการ
สงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่.....นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

- () เป็นเงินสด
- () โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

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

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลโพนแพง

ข้าพเจ้า.....ขอมอบอำนาจให้.....เลขประจำตัว
 ประชาชน..... อยู่บ้านเลขที่.....ถนน..... ตรอก/ซอย..... หมู่ที่.....
 ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทร
 สาร..... เกี่ยวพันเป็น.....
 เป็นผู้ม้ีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเอง
 ทุกประการ

- () แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์
 () แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์
 โดยให้จ่ายให้แก่.....
 () เป็นเงินสด
 () โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
 ชื่อบัญชี.....

เลขที่บัญชี.....

- () แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ การยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี (ส่งเรื่องต่อ พมจ.)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ กองสวัสดิการสังคมองค์การบริหารส่วนตำบลโพนแพง

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางให้บริการ

สำนักปลัด อบต.โพนแพง/งานพัฒนาชุมชน

โทร. ๐๔๒-๐๕๒๕๑๙ วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.

โทรสาร. ๐๔๒-๐๕๒๕๑๙

<http://www.poonpang.go.th>

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

การจัดบริการสาธารณะเป็นภารกิจสำคัญที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องดำเนินการทั้งตามอำนาจหน้าที่ และที่ได้รับถ่ายโอนจากส่วนราชการต่างๆซึ่งตามพระราชบัญญัติสภาพัฒนาการปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๓๗ มาตรา ๖๗(๖)และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ มาตรา ๑๖(๑๐)กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอำนาจและหน้าที่ในการดำเนินการสังคมสงเคราะห์ และการพัฒนาคุณภาพเด็ก สตรี คนชรา คนพิการและผู้ด้อยโอกาส ให้ได้รับความคุ้มครองที่เท่าเทียมกัน ตามหลักสิทธิมนุษยชน และการมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะของประชาชนในท้องถิ่น

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

๑. ประชาชนยื่นเอกสารแบบคำขอ
๒. เจ้าหน้าที่รับและตรวจสอบความถูกต้องเอกสาร
๓. เจ้าหน้าที่ส่งเรื่องต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครพนม
๑. งานพัฒนาชุมชน/สำนักปลัด อบต.

ระยะเวลา

ใช้เวลาทั้งสิ้น ๓๐ วัน

รายการเอกสารหรือหลักฐานประกอบที่ต้องใช้

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้านใบมรณะบัตร อย่างละ ๑ ฉบับ โดยให้ผู้ขอรับค่าจัดการศพ รับรองสำเนาทุกฉบับ
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน ผู้ยื่นขอรับค่าจัดการศพ อย่างละ ๑ ฉบับ
๓. หนังสือรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพ จำนวน ๑ ฉบับ (ผู้รับรอง ได้แก่ กำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน)

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่
สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลโพนแพง โทร. ๐๔๒-๐๕๒๕๑๙

<http://www.poonpang.go.th>

ตัวอย่างแบบฟอร์ม



แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลผู้รับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี วันเดือนปีเกิด.....
เลขประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□ ออกให้โดย.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....
..... อาชีพอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรมในฐานะเป็น.....และเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุ
โดยได้รับความยินยอมจากบิดา/มารดา/บุตร/พี่น้อง/เครือญาติ/ของผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรมให้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพ
ผู้สูงอายุของ (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี วันเดือนปีเกิด.....เลขประจำตัวประชาชน
□□□□□□□□□□ ออกให้โดย.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....
☐ ผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรมไม่มีที่พักอาศัยเป็นหลักแหล่ง ☐ อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้อื่นคำขอ ☐ ไม่ได้อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้อื่นคำ
ขอ โดยอาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....ถึงแก่กรรมด้วยสาเหตุ.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ตามใบมรณบัตรเลขที่.....ออกให้โดย.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขอยื่นคำขอรับการสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุรายนี้ พร้อมเอกสารดังต่อไปนี้

- ☐ ใบมรณบัตรของผู้สูงอายุ พร้อมสำเนา ๑ ฉบับ ☐ บัตรประจำตัวของผู้ยื่นคำขอพร้อมสำเนา ๑ ฉบับ
☐ อื่นๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ได้นี้เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าไม่เคยได้รับเงินสงเคราะห์ในการจัดการ
ศพผู้สูงอายุรายนี้มาก่อน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

วันที่...../...../.....

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลผู้ให้การรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพตามประเพณี

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)ตำแหน่ง.....สังกัด
หน่วยงาน.....วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี เลขบัตรประจำตัว
ประชาชน □□□□□□□□□□ ออกให้โดย.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....อยู่
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จ
ังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์..... (ลงชื่อ).....ผู้รับรอง
ขอรับรองว่าผู้ยื่นคำขอเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุรายนี้จริง (.....)

วันที่...../...../.....

หนังสือรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพตามประเพณี

เขียนที่.....

วันที่เดือนพ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ตำแหน่ง.....

สังกัดบัตรประจำตัวเลขที่.....ออกให้โดยวันออกบัตรวันหมดอายุ.....

ขอรับรองว่า

๑. ผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรม คือ (นาย/นาง/นางสาว) อายุปี

อยู่บ้านเลขที่หมู่ที่ถนน.....ตำบลโพนแพ่ง อำเภอ.....ชาตพนม.....จังหวัด.....นครพนม.....ถึง
แก่กรรมด้วยสาเหตุ.....

เมื่อวันที่เดือนพ.ศ.....ตามใบมรณบัตรเลขที่เมื่อวันที่เดือนพ.ศ.....

ออกให้โดยจังหวัด.....

๒. ผู้ยื่นคำขอ คือ (นาย/นาง/นางสาว) อายุปี

อยู่บ้านเลขที่หมู่ที่ถนน.....ตำบลโพนแพ่ง.....อำเภอ.....ชาตพนม.....จังหวัด.....นครพนม.....โทรศัพท์.....

มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในฐานะเป็นและเป็นผู้รับผิดชอบ

ในการจัดการศพตามประเพณีจริง

จึงให้ไว้เป็นหลักฐานในการขอรับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณีของกระทรวง การ
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

(ลงชื่อ)ผู้รับรอง

(.....)

ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่.....

หมายเหตุ ผู้รับรอง ได้แก่ กำนัน หรือ ผู้ใหญ่บ้าน หรือ ประธานชุมชน ตามที่ราชการประกาศกำหนด
หรือ พนักงานฝ่ายปกครอง