

**คู่มือปฏิบัติงาน**

**เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ**

**เงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์**

****

**จัดทำโดย**

**สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง**

**อำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง**

**คำนำ**

งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในพื้นที่ตำบลลำเลียง รวมถึงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับประชาชนในเขตตำบลลำเลียง ตามภารกิจดังกล่าวฯ นั้น และตามนโยบายของรัฐบาลได้กำหนดให้มีการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การรับลงทะเบียนคนพิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ และรับคำร้องผู้ป่วยเอดส์เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ในการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้กับบุคคลดังกล่าวให้ถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กร-ปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕65 และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕3 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่รับบริการดังกล่าว มีความเข้าใจที่ถูกต้อง มีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็ว ในการขอรับบริการ องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง จึงได้จัดทำคู่มือการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงิน เบี้ยความพิการ และยื่นคำร้องเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ให้กับประชาชนที่มาขอรับบริการ

องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์กับผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ ที่มาขอรับบริการ ซึ่งจะทำให้เกิดเข้าใจที่ถูกต้องและเข้าถึงสิทธิที่ตนพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง ชัดเจน ซึ่งส่งผลให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการต่อไป

งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด

องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง

**สารบัญ**

**เรื่อง หน้า**

**1. การรับยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 1**

- คุณสมบัติของผู้มีสิทธิยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 2

- ขั้นตอนการยืนยันสิทธิเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 3

- การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ 4

- การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ 5

- ประกาศรายชื่อ ผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 5

**2. การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการของคนพิการ 7**

- คุณสมบัติของคนพิการที่มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ 8

- ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ 9

- คำชี้แจงการขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ 10

- การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยความพิการของคนพิการ 11

- ประกาศรายชื่อ คนพิการที่มีสิทธิรับเงิน เบี้ยความพิการ 12

- ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ 13

- การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ 14

- การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ 15

**3. การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ 16**

- คุณสมบัติของผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ 17

- ขั้นตอนการยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ 18

**ภาคผนวก 19**

- แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ การรับยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 20

- แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ การรับขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ 21

- แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ การรับขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์22

- กฎหมายที่เกี่ยงข้อง 23

- แบบคำยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 24

- แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ 26

- แบบคำขอรับการสงเคราะห์เงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ 29

- แบบแสดงตนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพและแสดงความประสงค์ในการรับเบี้ยยังชีพ 33

- ถาม – ตอบ สารพันปัญหา 35

- ประกาศใช้คู่มือการปฏิบัติงานเบี้ยยังชีพ 38

**1. การรับยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ**

**🖙ให้ผู้สูงอายุที่มีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและ**

**ผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ในปีงบประมาณถัดไป ยืนยันสิทธิขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตั้งแต่เดือนมกราคมจนถึงเดือนธันวาคมของทุกปี...คร๊าบ**

**อย่าลืม** !!

**ไม่มีชื่อ ไม่มีสิทธิ รับเงิน นะคร๊าบ**

****

**🖙คุณสมบัติของผู้ยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ**

***🖍ตรวจสอบดูคุณสมบัติของตัวเองตามรายการดังนี้***

(1) ต้องมีสัญชาติไทย

(2) มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตตำบลลำเลียง

(3) เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ในปีถัดไป (ปัจจุบันอายุ 59 ปีบริบูรณ์ และต้องเกิดก่อนวันที่ 1 กันยายน หรือก่อนตั้งแต่ วันที่ 2 กันยายน เป็นต้นไป)

(4) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นคนพิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

🖙กรณีผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้วและได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาในพื้นที่ตำบลลำเลียง ต้องมายืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง นับตั้งแต่วันที่ย้ายมาและต้องไม่เกินเดือนกันยายนของปีนั้น ๆ ทั้งนี้ จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพจากองค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียงในเดือนถัดไป

**ขั้นตอนการยืนยันสิทธิเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ**

✯✯✯✯✯

**🖙 ยื่นเอกสารหลักฐาน “ตามแบบยืนยันสิทธิการขอรับเงิน**

**เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ” ดังนี้**

🞠 บัตรประจำตัวประชาชน

🞠 ทะเบียนบ้าน

🞠 สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (ในกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

**🖋หมายเหตุ :** ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมายืนยันสิทธิด้วยตนเองได้ **ให้จัดทำหนังสือมอบอำนาจ** ให้ผู้อื่นเป็นผู้ยืนยันสิทธิขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจจัดทำเอกสารการมอบอำนาจให้ครบถ้วนและติดต่อที่ องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจมาด้วย

***อย่าลืม*** *!!*

***เอาบัตรประจำตัวประชาชน มาแสดงตนต่อเจ้าหน้าที่เพื่อบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ทุกครั้ง 🖍🖍🖍***

***🖙 ติดต่อสอบถามได้ที่...***

***งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง***

***ทุกวันทำการตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น.***

***โทรศัพท์ 077-860644 ต่อ 103***

**🖙 การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ**

✯✯จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับในปัจจุบัน การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ คิดในอัตราเบี้ยยังชีพแบบ **“ขั้นบันได”**หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วงๆ หรือเป็นขั้น ขึ้นไปเรื่อย ๆ โดยเริ่ม ตั้งแต่อายุ 60 ปี ✯✯

**🖙โดยปรับอัตราเบี้ยยังชีพในเดือนถัดไป**



**ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือนสำหรับผู้สูงอายุ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **(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** |

**การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ**

**✯✯✯✯**

**ผู้สูงอายุสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ดังนี้**

**1. ตาย**

**2. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตตำบลลำเลียง**

**3. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ**

**4. ขาดคุณสมบัติตามระเบียบฯ**

**หน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ**

**1. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง**

**2. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพ หรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเป็นเงินสด จะต้องมารับเงินให้ตรงตามวัน เวลา ที่กำหนด**

**3. เมื่อย้ายภูมิลำเนาจาก ตำบลลำเลียง ไปอยู่ภูมิลำเนาอื่นจะต้องแจ้งข้อมูลเพื่อให้ตำบลลำเลียงได้รับทราบ**

**ประกาศรายชื่อ ผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 🖍🖍**

ให้ผู้สูงอายุที่มายืนยันสิทธิขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ตรวจสอบรายชื่อ ได้ที่ บอร์ดประชาสัมพันธ์ สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง หรือ Website องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง ได้ตั้งแต่วันที่ 1 เป็นต้นไปของทุกเดือน

**การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ**

****

**🖙** องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง จะดำเนินการตรวจสอบรายชื่อผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพทุกๆเดือนและได้จัดส่งข้อมูลผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพให้กรมบัญชีกลาง จะดำเนินการจ่ายเงินให้กับผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพ โดยโอนเข้าบัญชีธนาคาร ตามที่ผู้สูงอายุได้แจ้งความประสงค์ไว้ ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน หากเดือนใดวันที่ 10 ตรงกับวันหยุดราชการ จะจ่ายในวันทำการก่อนวันหยุดนั้น

**2. การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการของคนพิการ**

**🖙ให้คนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการในพื้นที่ตำบลลำเลียงขึ้นทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการที่องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียงและจะได้รับเบี้ยความพิการจากองค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง ในเดือนถัดไป**





**อย่าลืม !! คนพิการที่มีบัตรคนพิการ**

**ไม่ลงทะเบียน ไม่มีชื่อ ไม่มีสิทธิ รับเงิน นะคร๊าบ**

**🖙คุณสมบัติของคนพิการที่มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ**

***ตรวจสอบดูคุณสมบัติของตัวเอง ตามรายการดังนี้***

**(1) ต้องมีสัญชาติไทย**

**(2) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลลำเลียง (ตามทะเบียนบ้าน)**

**(3) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ**

**(4) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ**

**🖙 กรณีได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการอยู่แล้วและได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่ตำบลลำเลียงจะต้องมาขึ้นทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ที่องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียงและจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ จากองค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียงในเดือนถัดไป ทั้งนี้ ต้องได้รับการยืนยันจากพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมที่จ่ายเงินเบี้ยความพิการ เพื่อไม่ให้เกิดการจ่ายเงินเบี้ยความพิการซ้ำซ้อน**

****

***กรณีได้รับเบี้ยความพิการอยู่แล้วและได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่ตำบลลำเลียง จะต้องมาลงทะเบียนที่องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง อีกครั้งหนึ่งนับแต่วันที่ย้าย***

**เพื่อใช้สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพต่อเนื่อง ลงทะเบียนแล้ว**

**รับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป คร๊าบ 🖍🖍🖍**

**ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ**

✯✯✯✯✯

**🖙 ยื่นเอกสารหลักฐาน “ตามแบบคำขอลงทะเบียนรับเงิน**

**เบี้ยความพิการ” ดังนี้**

🞠 บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ ที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนา

🞠 บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับจริง พร้อมสำเนา

🞠 ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา

🞠 สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (ในกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการผ่านธนาคาร)

**🖋หมายเหตุ :** ในกรณีคนพิการที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ **ให้จัดทำหนังสือมอบอำนาจ** เป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการ ยื่นคำขอแทน และต้องนำหลักฐานของคนพิการ และคนดูแลคนพิการ มาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย โดยให้ผู้รับมอบอำนาจจัดทำเอกสารการมอบอำนาจให้ครบถ้วนและติดต่อที่องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจมาด้วย

***อย่าลืม*** *!!*

***เอาบัตรประจำตัวประชาชน และบัตรประจำตัวคนพิการ มาแสดงตนต่อเจ้าหน้าที่เพื่อบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศการรับเงินเบี้ยความพิการ ทุกครั้ง 🖍🖍🖍***

***🖙 ติดต่อสอบถามได้ที่...***

***งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง ทุกวันทำการตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น. โทรศัพท์ 077-860644 ต่อ 103***

**คำชี้แจงการขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ**

✯✯✯✯✯

🖙 คนพิการที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการอยู่แล้วในพื้นที่อื่น ภายหลังได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่ในพื้นที่ตำบลลำเลียง อำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง ให้มาแจ้งขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการต่อที่ องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง แต่สิทธิในการรับเงินเบี้ยความพิการของคนพิการ มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการจากองค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียงในเดือนถัดไป ดังนี้ 🖍🖍🖍

🖙**ตัวอย่าง** นาย อยู่ดี รับเงินเบี้ยความพิการ อยู่ที่ อบต. สดใส ภายหลังได้แจ้งย้ายที่อยู่มาอยู่ในพื้นที่ตำบลลำเลียง อำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง ในวันที่ 5 มกราคม 2567 นาย อยู่ดี ต้องมาขึ้นทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการใหม่ ที่องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง ในเดือนมกราคม 2567 และมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการจากองค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง ภายในถัดไป คือ เดือนกุมภาพันธ์ 2567 เป็นต้นไป **✯✯✯**

**การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยความพิการของคนพิการ**

**✯✯✯✯**

**คนพิการสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยความพิการของคนพิการ ดังนี้**

**1. ตาย**

**2. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตตำบลลำเลียง**

**3. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยความพิการ**

**4. ขาดคุณสมบัติตามระเบียบฯ**

**หน้าที่ของคนพิการที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ**

**1. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง**

**2. กรณีผู้รับเงินเบี้ยความพิการ หรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเป็นเงินสด จะต้องมารับเงินให้ตรงตามวัน เวลา ที่กำหนด**

**3. เมื่อย้ายภูมิลำเนาจากตำบลลำเลียง ไปอยู่ภูมิลำเนาอื่นจะต้องแจ้งข้อมูลเพื่อให้ตำบลลำเลียง ได้รับทราบ**



**อย่าลืม** !!

**🖙คนพิการที่รับเงินเบี้ยความพิการ อย่าให้บัตรประจำตัวคนพิการหมดอายุ มิฉะนั้นจะไม่มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ นะคร๊าบ**

**🖙ประกาศรายชื่อ คนพิการที่มีสิทธิรับเงิน เบี้ยความพิการ 🖍🖍**

ให้คนพิการที่มายื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ตรวจสอบรายชื่อ ได้ที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง Website องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง ได้ตั้งแต่วันที่ 1 เป็นต้นไปของทุกเดือน

**การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้กับคนพิการ**

****

**🖙** องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง จะดำเนินการตรวจสอบรายชื่อคนพิการที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพทุกๆเดือนและได้จัดส่งข้อมูลคนพิการที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการให้กรมบัญชีกลาง จะดำเนินการจ่ายเงินให้กับคนพิการที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ โดยโอนเข้าบัญชีธนาคาร ตามที่คนพิการได้แจ้งความประสงค์ไว้ ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน หากเดือนใดวันที่ 10 ตรงกับวันหยุดราชการ จะจ่ายในวันทำการก่อนวันหยุดนั้น

**🖙ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ**



1. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลของรัฐ เพื่อวินิจฉัยและออก

เอกสารรับรองความพิการ

2. ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและ

ความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดระนอง (ศาลากลางจังหวัด) โดยใช้

เอกสารดังต่อไปนี้

2.1 เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยแพทย์เฉพาะทาง

(ตัวจริง)

2.2 รูปถ่าย ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป

2.3 สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ

2.4 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ

2.5 ถ้าคนพิการมีผู้ดูแล ให้นำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ จำนวนอย่าง

ละ 1 ฉบับ

3. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอทำ

บัตรประจำตัวคนพิการ ให้นำหลักฐาน ตามข้อ 2.4-2.5 มาด้วย

**🖙การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ** 🖍🖍

การดำเนินการต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ สามารถไปต่อบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดระนอง (ศาลากลางจังหวัด) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

1. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม

2. รูปถ่าย ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป

3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ จำนวน 1 ฉบับ

4. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการมีผู้ดูแล ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ 1 ฉบับ

5. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการให้นำหลักฐานตามข้อ 3-4 มาด้วย



**🖙 การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ** 🖍🖍

การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ สามารถติดต่อได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดระนอง (ศาลากลางจังหวัด) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

1. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม

2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ จำนวน 1 ฉบับ

**3. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนเดิม** ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ 1 ฉบับ

**4. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนใหม่**ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ 1 ฉบับ

5. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ

6. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้รับรอง จำนวน 1 ฉบับ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือ ข้าราชการ ระดับ 3 ขึ้นไป)

****

**3. การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์**

**✯✯ข้อควรรู้✯✯**

**🖍🖍ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่าป่วยเป็น*โรคเอดส์ /AIDS* เท่านั้น หากระบุว่าป่วยเป็น HIV หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง จะไม่เข้าหลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์🖍🖍**

****

**อย่าลืม** !! **HIV หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง ไม่มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ นะคร๊าบ** !!

**คุณสมบัติของผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์**

✯✯✯✯✯

ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่าป่วยเป็น  *โรคเอดส์ /AIDS* เท่านั้น หากระบุว่าป่วยเป็น

HIV หรือภูมิคุ้มกันบกพร่องจะไม่เข้าหลักเกณฑ์

การรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

***🖙 ตรวจสอบดูคุณสมบัติของตัวเอง ตามรายการดังนี้***

1. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

2. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีสัญชาติไทย

3. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบล ลำเลียง (ตามทะเบียนบ้าน)

**ขั้นตอนการยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์**

✯✯✯✯✯

**🖙 ยื่นเอกสารหลักฐาน “ตามแบบคำขอรับการสงเคราะห์เงินเบี้ย ยังชีพผู้ป่วยเอดส์” ดังนี้**

1. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่า ***ป่วยเป็นโรคเอดส์*** จริง

2. บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ ที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนา

3. ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา

4. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ธกส. สาขากระบุรี (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขที่ บัญชี) เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผ่านธนาคาร

5. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้

6. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนา เท่านั้น

7. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้องแจ้งให้องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง ทราบภายใน 7 วัน

**🖋หมายเหตุ :** ในกรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ **ให้จัดทำหนังสือมอบอำนาจ** ให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำลงทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจจัดทำเอกสารการมอบอำนาจให้ครบถ้วนและติดต่อที่ องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจมาด้วย

**ภาคผนวก**

**แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ**

**การรับยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ**

**🞠🞠🞠🞠🞠🞠🞠**

**ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนฯ พร้อมเอกสารหลักฐาน**

**ผ่านระบบโปรแกรมอ่านบัตร**

**5 นาที/ราย**

**เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน**

**สัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูลเพิ่มเติม**

**🖙เอกสารประกอบการตรวจสอบ**

**🠺 บัตรประจำตัวประชาชน**

**🠺 สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร**

**🠺 หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามี)**

**🠺 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ**

**🠺 สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับมอบอำนาจ**

**5 นาที/ราย**

**รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**

**คุณสมบัติครบถ้วน**

**คุณสมบัติไม่ครบถ้วน**

**ขาดคุณสมบัติ**

**เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)**

**จัดทำประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรายเดือน**

**และจัดทำประกาศรายปี/เสนอขอรับงบประมาณ**

และจัดทาหนังสือแจ้งผู้มาขึ้นทะเบียนทราบ

**เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)**

**และจัดทำหนังสือแจ้งผู้มายืนยันสิทธิทราบ**

และจัดทาหนังสือแจ้งผู้มาขึ้นทะเบียนทราบ

**หมายเหตุ : 1. สถานที่ให้บริการ “ห้องสำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง”**

**2. “ไม่มีค่าธรรมเนียม”**

**แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ**

**การรับขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ**

**🞠🞠🞠🞠🞠🞠🞠**

**ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนฯ พร้อมเอกสารหลักฐาน**

**ผ่านระบบโปรแกรมอ่านบัตร**

**5 นาที/ราย**

**เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน**

**สัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูลเพิ่มเติม**

**🖙เอกสารประกอบการตรวจสอบ**

**🠺 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน**

**🠺 สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ**

**🠺 สำเนาทะเบียนบ้าน**

**🠺 สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร**

**🠺 หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามี)**

**🠺 สำเนาบัตรประจาตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ**

**🠺 สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับมอบอำนาจ**

**5 นาที/ราย**

**รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**

**คุณสมบัติครบถ้วน**

**คุณสมบัติไม่ครบถ้วน**

**ขาดคุณสมบัติ**

**เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)**

**และจัดทำหนังสือแจ้งผู้มาขึ้นทะเบียนทราบ**

**เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)**

**จัดทำประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรายเดือน**

**และจัดทำประกาศรายปี/เสนอขอรับงบประมาณ**

และจัดทาหนังสือแจ้งผู้มาขึ้นทะเบียนทราบ

**หมายเหตุ : 1. สถานที่ให้บริการ “ห้องสำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง”**

**2. “ไม่มีค่าธรรมเนียม”**

**แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ**

**การรับขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์**

**🞠🞠🞠🞠🞠🞠🞠**

**ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนฯ พร้อมเอกสารหลักฐาน**

**ผ่านระบบโปรแกรมอ่านบัตร**

**5 นาที/ราย**

**เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน**

**สัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูลเพิ่มเติม**

**🖙เอกสารประกอบการตรวจสอบ**

**🠺 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน**

**🠺 ใบรับรองแพทย์**

**🠺 สำเนาทะเบียนบ้าน**

**🠺 สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร**

**🠺 หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามี)**

**🠺 สำเนาบัตรประจาตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ**

**🠺 สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับมอบอำนาจ**

**5 นาที/ราย**

**รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**

**คุณสมบัติไม่ครบถ้วน**

**ขาดคุณสมบัติ**

**คุณสมบัติครบถ้วน**

**ลงพื้นที่ตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่**

**เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)**

**พิจารณาอนุมัติ**

**จัดทำประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ**

และจัดทาหนังสือแจ้งผู้มาขึ้นทะเบียนทราบ

**เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)**

**และจัดทำหนังสือแจ้งผู้มาขึ้นทะเบียนทราบ**

และจัดทาหนังสือแจ้งผู้มาขึ้นทะเบียนทราบ

**หมายเหตุ : 1. สถานที่ให้บริการ “ห้องสำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง”**

**2. “ไม่มีค่าธรรมเนียม”**

**กฎหมายที่เกี่ยวข้อง**

**เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ**

**🠺 ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2566**

**เบี้ยความพิการ**

**🠺 ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553**

**🠺 ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2)พ.ศ.2559**

**🠺 ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 3)พ.ศ.2561**

**🠺 ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 4)พ.ศ.2562**

**เงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์**

**🠺 ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2548**

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

**แบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ**

|  |
| --- |
| **เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแนบยืนยันสิทธิแทน**  ผู้ยื่นคำขอฯแทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น……………………………………………………………………………กับผู้สูงอายุที่ขอยืนยันสิทธิ  ชื่อ--สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ)…………………………………………………………………………………………..........เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ  🞎**-**🞎🞎🞎🞎**-**🞎🞎🞎🞎🞎**-**🞎🞎-🞎 ที่อยู่…………………………………………………………………………………………………………  ............................................................................................................................................... โทรศัพท์………………………………………………….. |

**ข้อมูลผู้สูงอายุ**

เขียนที่....องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง.......

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

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

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

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

ตำบล……........................อำเภอ.....................................จังหวัด......................……………….รหัสไปรษณีย์….............….....................….

โทรศัพท์……………………………………………………

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ 🞎-🞎🞎🞎🞎-🞎🞎🞎🞎🞎-🞎🞎-🞎

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

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

**มีความประสงค์**

🞎 **ขอยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย**

**ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖)**

🞎 **ไม่ขอรับสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ**

**มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)**

🞎 รับเงินสดด้วยตนเอง 🞎 รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

🞎 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ 🞎 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

**พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้**

🞎 สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

🞎 หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

🞎 "ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ณ วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพ

ผู้สูงอายุ และขอรับรองว่าข้อความตังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ"

🞎 "ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ

(ลงชื่อ)…………………………………………………….. (ลงซื่อ)…………………………………………………….

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

ผู้ยืนยันสิทธิ/ผู้รับมอบอำนาจยืนยันสิทธิ เจ้าหน้าที่ผู้รับยืนยันสิทธิ

**หมายเหตุ** ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย  **√** ในซ่อง 🞎 หน้าข้อความที่ต้องการ

|  |  |
| --- | --- |
| **ความเห็นเจ้าหน้าที่**  เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ  ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/  ................................................................................................  หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน  🞎-🞎🞎🞎🞎-🞎🞎🞎🞎🞎-🞎🞎-🞎  แล้ว  🞎 เป็นผู้มีคุณสมบัติยืนยันสิทธิครบถ้วน  🞎 เป็นผู้ที่**รอตรวจสอบคุณสมบัติ** ณ วันที่มีสิทธิได้รับ  เงินเบี้ยยังชีพ  🞎 เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก  ...............................................................................................  ...............................................................................................  (ลงชื่อ) ...................................................................  ( )  เจ้าหน้าที่ | **ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**  เรียน นายก องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง  คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว  มีความเห็นดังนี้  🞎 สมควรรับยืนยันสิทธิ  🞎 ไม่สมควรรับยืนยันสิทธิ.............................................  .........................................................................................  กรรมการ (ลงชื่อ)………………………………………………….....  (นางฤทธิพร คงสมาน)  หัวหน้าสำนักปลัด รักษาราชการแทน  ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง  กรรมการ (ลงชื่อ)……………………………………………………  (นางฤทธิพร คงสมาน)  หัวหน้าสำนักปลัด  กรรมการ (ลงชื่อ) ....…………………..…………………  (นายภูดิท เทพพิทักษ์)  นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ |
| **คำสั่ง**  🞎 รับยืนยันสิทธิ 🞎 ไม่รับยืนยันสิทธิ 🞎 อื่น ๆ.......................................................................  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  (ลงชื่อ) .....................................................  (นายเธียรชัย สายน้ำใส)  นายกองค์การบริหารส่วนตำบลลำลียง  วัน/เดือน/ปี ………………………………….. | |

------ฉีกตามรายปรุ.....................................................................................................................................................................

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

การยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงิน

เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการยืนยันสิทธิ โดยได้รับตั้งแต่เดือน………………………..

พ.ศ.........................................เป็นต้นไป

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

**แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ**

|  |
| --- |
| เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน: ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น □ บิดา-มารดา □ บุตร □ สามี-ภรรยา □ พี่น้อง □ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบ ฯ  ชื่อ – สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).................................................................................................................................................  เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่............................................................................................  ..................................................................................................................................................โทรศัพท์......................................................... |

ข้อมูลคนพิการ

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

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

คำนำหน้านาม  เด็กชาย  เด็กหญิง  นาย  นาง  นางสาว  อื่น (ระบุ)..........................................

ชื่อ.................................................................................นามสกุล.........................................................................................

เกิดวันที่..............เดือน................................พ.ศ..................อายุ..................ปี สัญชาติ........................มีชื่ออยู่ในลำเนาทะเบียนบ้าน เลขที่..............หมู่ที่............ตรอก/ซอย...........................ถนน.....................หมู่บ้าน/ชุมชน........................

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ - - - -

ประเภทความพิการ □ ความพิการทางการเห็น  ความพิการทางออทิสติก

□ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย  ความพิการทางสติปัญญา

 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย  ความพิการทางการเรียนรู้

 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพ  สมรส  โสด  สมรส  หม้าย  หย่าร้าง  แยกกันอยู่ อื่น ๆ ……………………..………………

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

**ข้อมูลทั่วไป** : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ  ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ  เคยได้รับ (ย้ายภูมิลาเนา) เข้ามาอยู่ใหม่เมื่อ...............................................................................................................................................................................

 ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์  อื่น ๆ (ระบุ).......................................

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

 มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ.....................................................................................................................................

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖3 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

|  |
| --- |
|  รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ   โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ  ธนาคาร................................................. สาขา......................................เลขที่บัญชี   พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้   สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ  สำเนาทะเบียนบ้าน   สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)   หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯแทน)  **ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ** |
| (ลายมือชื่อ)........................................................ผู้ยื่นคำ (ลายมือชื่อ)..................................................เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน  (.........................................................) (...................................................)  หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทาเครื่องหมาย ✓ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ |

|  |  |
| --- | --- |
| **ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน**  เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ  ได้ตรวจสอบคุณสมบัติ นาย/นาง/นางสาว  .......................................................................................  หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว  เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน  เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก  ......................................................................................  .......................................................................................  ลงชื่อ) ..................................................  (..................................................)  เจ้าเหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน | **ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**  เรียน นายก เทศมนตรี/อบต. ..............................  คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้  **□** สมควรรับลงทะเบียน **□** ไม่สมควรรับลงทะเบียน  กรรมการ (ลงชื่อ) ...........................................................  ( )  กรรมการ (ลงชื่อ) ...........................................................  ( )  กรรมการ (ลงชื่อ) ...........................................................  ( ) |
| **คำสั่ง**  **□** รับลงทะเบียน **□** ไม่รับลงทะเบียน **□** อื่น ๆ....................................................................................................................  ......................................................................................................................................................................................................................................  (ลงชื่อ) ..................................................................................  นายก เทศมนตรี/นายก อบต. ..............................................................  วัน/เดือน/ปี ............................................................................ | |

**--ตัดตามรอยประให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้----------------------------------------------------------**

ยื่นแบบคำขอลงลงทะเบียนเมื่อวันที่.........................เดือน......................................... พ.ศ. ...................................

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ……………...... โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ย ความพิการ **ในอัตราเดือนละ 800 บาท** ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน กรณีผู้พิการย้ายภูมิลาเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคาขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่โดยเร็ว ทั้งนี้เพื่อเป็นการ เพื่อรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

**หนังสือมอบอำนาจ**

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

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

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

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

หมู่ที่....................ตรอก/ซอย....................ถนน....................................แขวง/.ตำบล..............................................เขต/อำเภอ.........................................จังหวัด...........................................

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

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

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

เป็นผู้มีอำนาจรับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖7 เป็นต้นไป แทนข้าพเจ้า จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงผู้มีอำนาจรับเงินเบี้ยความพิการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

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

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

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

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

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

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

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

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

**แบบคำขอรับการสงเคราะห์เงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์**

ลำดับที่............./.............. วันที่...........เดือน...........................พ.ศ. ..............

เรียน .........................................................................................................

ด้วย............................................................เลขประจำตัวประชาชน............................................

เกิดวันที่.............เดือน..........................พ.ศ................ อายุ.................. ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.................ถนน…............................. ตรอก/ซอย............................. หมู่ที่.........................ตำบล............................................ อำเภอ........................................ จังหวัด.........................................รหัสไปรษณีย์ ................................................ ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

1. ที่พักอาศัย

( ) เป็นของตนเอง และมีลักษณะ ( ) ชำรุดทรุดโทรม ( ) ชำรุดทรุดโทรมบางส่วน ( ) มั่นคงถาวร

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

2 . ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระทาง...............................สามารถเดินทางได้

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

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

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

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.........................................................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..................................โทรสาร...............................................เกี่ยวข้องเป็น................................................

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

............................................................... ผู้ให้ถ้อยคำ  
 (............................................................)

**หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์**

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

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

เรียน ...................................................................................................

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.......................................................................................................เป็นผู้มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ..................................................................ลำดับที่................................นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

( ) เป็นเงินสด

( ) โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....................................สาขา.................................  
 เลขที่บัญชี.....................................................................

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

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

**แบบใบสอบประวัติผู้ป่วยโรคเอดส์**

1. ชื่อ............................................................ นามสกุล........................................................................................

2. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

3. อายุ..................ปี

4. ที่อยู่

4.1 อยู่บ้านเลขที่.................................. หมู่ที่.....................ตำบล.........................................................

อำเภอ.................................. จังหวัด............................................................

4.2 กรรมสิทธิ์ในการครอบครอง

( ) เป็นของตนเอง ( ) อาศัยอยู่ ( ) อื่นๆ (ระบุ)......................................

5. สถานภาพการสมรส

( ) โสด ( ) สมรสอยู่ด้วยกัน ( ) สมรสแยกกันอยู่

( ) หม้ายหย่าร้าง ( ) หม้ายคู่สมรสเสียชีวิต

6. จำนวนบุตร....................คน (มีชีวิตอยู่............................คน)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | ชื่อ - สกุล | ที่อยู่ | อาชีพ | รายได้ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

7. อาชีพปัจจุบัน....................................รายได้ปัจจุบัน......................................บาท/เดือน

ที่มาของรายได้.................................................................................................................................................

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

8. ระดับการศึกษา................ประถมศึกษา...........................................................................................................

9. ความคิดเห็นของผู้สัมภาษณ์............................................................................................................................

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

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

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

ตำแหน่ง..........................................................

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

**หนังสือมอบอำนาจ**

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

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

เรียน ..............................................................................................

ข้าพเจ้า.................................................................ขอมอบอำนาจให้...........................................เลขประจำตัวประชาชน.................................................... อยู่บ้านเลขที่.........ถนน................. ตรอก/ซอย..........หมู่ที่..... ตำบล……………….………..อำเภอ.…………..………… จังหวัด.……………….………… รหัสไปรษณีย์……………… โทรศัพท์........................ โทรสาร......................... เกี่ยวข้องเป็น...................................................  
เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทุกประการ

( ) แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

( ) แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

โดยให้จ่ายให้แก่.......................................................................................

( ) เป็นเงินสด

( ) โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร...................................สาขา....................................

เลขที่บัญชี.........................................................................................

( ) แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

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

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

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

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

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

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

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

**แบบแสดงตนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพและแสดงความประสงค์ในการรับเบี้ยยังชีพ**

**ประจำปีงบประมาณ..........................**

เฉพาะกรณีผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพฯ มอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาแสดงตนฯ แทน

ข้อมูลผู้ยื่นแสดงตนฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจ

ชื่อ –สกุล ( ผู้รับมอบอำนาจ)..................................................................................................................................................

เงินเบี้ยยังชีพและแสดงความประสงค์ในการรับเงินเบี้ยยังชีพแทน **□-□□□□-□□□□□-□□-□**

บ้านเลขที่ ...................หมู่ที่................ตรอก/ซอย..........................ถนน...................................แขวง/ตำบล............................................... เขต/อำเภอ......................................จังหวัด..............................โทรศัพท์............................. เกี่ยวข้องเป็น.....................................กับผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพฯ มาแสดงตนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพและแสดงความประสงค์ในการรับเงินเบี้ยยังชีพแทน

**ข้อมูลของผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพ**

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

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

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ ....................................................... นามสกุล.............................................. เลขบัตรประจำตัวประชาชน.................................................................................. อายุ.........................ปี มีชื่ออยู่บ้านเลขที่ ..........................................หมู่ที่/ชุมชน...................................ตรอก/ ซอย …………………......................ถนน....................................... ตำบล...................................อำเภอ............................จังหวัด..................................รหัสไปรษณีย์ .....................................โทรศัพท์........................................................

**เป็นผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพ ( ) ผู้สูงอายุ ( ) คนพิการ ( ) ผู้ป่วยเอดส์**

ขอแสดงตนการดารงชีวิตอยู่ต่อองค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548 ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2552 และแก้ไขเพิ่มเติม และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ทั้งนี้

**( ) มีความประสงค์ขอรับเบี้ยยังชีพ** ประจำปีงบประมาณ..................................... ต่อไป **( ) ไม่ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพต่อไป**

(ลายมือชื่อ)..........................................ผู้ยืนยันสิทธิ (ลายมือชื่อ)............................................เจ้าหน้าที่รับยืนยันสิทธิ

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

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทาเครื่องหมาย ✓ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

**หนังสือมอบอำนาจ**

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

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

เรียน ..............................................................................................

ข้าพเจ้า.................................................................ขอมอบอำนาจให้...........................................เลขประจำตัวประชาชน.................................................... อยู่บ้านเลขที่.........ถนน................. ตรอก/ซอย..........หมู่ที่..... ตำบล……………….………..อำเภอ.…………..………… จังหวัด.……………….………… รหัสไปรษณีย์……………… โทรศัพท์........................ โทรสาร......................... เกี่ยวข้องเป็น...................................................  
เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทุกประการ สำหรับแจ้งยืนยันแสดงตนการดารงชีวิตของผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพ ดังนี้

**( ) ผู้สูงอายุ ( ) คนพิการ ( ) ผู้ป่วยเอดส์**

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

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

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

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

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

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

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

**ถาม – ตอบ สารพันปัญหา**

**✯✯✯✯✯**



**🖙ถาม ผู้สูงอายุที่อยู่ในคุกสามารถยืนยันสิทธิผู้สูงอายุได้หรือไม่ ?**

**🖍ตอบ ขึ้นทะเบียนได้**

การจ่ายเครื่องนุ่งห่ม การจัดการรักษาพยาบาล การจัดอาหารให้ผู้ต้องขัง ไม่ใช่สิ่งที่รัฐจัดให้เป็นพิเศษ หรือเป็นสิทธิประโยชน์แต่อย่างใด แต่เป็นการปฏิบัติต่อผู้ต้องขัง ตามหลักปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธมนุษยชน เรื่อง การกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับการปฏิบัติ ต่อผู้ต้องขัง ผู้ต้องขังในเรือนจำถือเป็นพลเมืองของประเทศเช่นกัน จึงควรได้รับสิทธิต่างๆ เช่นเดียวกับประชำชนทั่วไปตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ ดังนั้นผู้สูงอายุที่ต้องโทษจำคุกในเรือนจำ และได้รับสิ่งต่ำงๆ ในเรือนจำไม่ถือเป็นกรณีได้รับสวัสดิการ หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจาก หน่วยงานของรัฐ ก็เลยไม่ขัดกับระเบียบเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุปี 52 ข้อ 6 (4)

**🖙ถาม** บุคคลที่เป็นโรคเรื้อนและได้รับเงินจากกรมควบคุมโรค สามารถขึ้น ทะเบียนผู้สูงอายุได้หรือไม่ ?

**🖍ตอบ ขึ้นทะเบียนได้**

**🖙ถาม** ถ้าผู้สูงอายุรับเงินเบี้ยคนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ อยู่แล้ว จะสามารถขึ้น ทะเบียนผู้สูงอายุและรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ หรือไม่ ?

**🖍ตอบ** ขึ้นทะเบียนได้และสามารถรับเงินได้.....คร๊าบ

**🖙ถาม** พระภิกษุสงฆ์สามารถขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ ได้หรือไม่ ?

**🖍ตอบ** ขึ้นทะเบียนได้ ยกเว้นพระภิกษุสงฆ์ที่ได้รับเงินเดือน (เงินนิตยภัต) เช่น เจ้าอาวาส เจ้าคณะตำบล เป็นต้น ...คร๊าบ

**🖙ถาม** ข้าราชการที่รับเงินบำเหน็จ สามารถขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ ได้หรือไม่ ?

**🖍ตอบ** ขึ้นทะเบียนได้

**🖙ถาม** ผู้ที่ดำรงตำแหน่งทางการเมือง นายก อบต. รองนายก อบต. สมาชิกสภา กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สามารถขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุได้หรือไม่ ?

**🖍ตอบ ขึ้นทะเบียนไม่ได้ครับ** เนื่องจากมีเงินเดือนประจำ แต่เมื่อพ้นจากตำแหน่งแล้ว สามารถมาขึ้นทะเบียนได้ **...ครับ**

**🖙ถาม** ถ้าผู้สูงอายุอาศัยอยู่ที่ต่างประเทศ แต่ยังมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในประเทศไทย สามารถขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุได้หรือไม่ ?

**🖍ตอบ** ขึ้นทะเบียนได้

🞠🞠🞠🞠🞠🞠



**✯หากมีข้อสงสัย นอกเหนือจากคู่มือฯ ติดต่อสอบถามได้ที่ ✯**

***งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง***

***โทรศัพท์ 077-860644 ต่อ 103***