



คู่มือการขอรับบริการ

เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ

เงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์



จ่ายตรง เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ-คนพิการ



ติดต่อง่าย
บริการด้วยใจ



สะดวก รวดเร็ว
ไม่ยุ่งยาก



โปร่งใส
เป็นธรรม



ใส่ใจ ดูแล
ทั่วถึงทุกคน

จัดทำโดย

สำนักปลัด เทศบาลตำบลลำเลียง
อำเภอกะบุรี จังหวัดระนอง

คำนำ

งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด เทศบาลตำบลลำเลียง มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในพื้นที่ตำบลลำเลียง รวมถึงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับประชาชนในเขตตำบลลำเลียง ตามภารกิจดังกล่าวฯ นั้น และตามนโยบายของรัฐบาลได้กำหนดให้มีการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนคนพิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ และรับคำร้องผู้ป่วยเอดส์เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ในการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้กับบุคคลดังกล่าวให้ถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กร-ปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๕ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

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

เทศบาลตำบลลำเลียง หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์กับผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ ที่มาขอรับบริการ ซึ่งจะทำให้เกิดเข้าใจที่ถูกต้องและเข้าถึงสิทธิที่ตนพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง ชัดเจน ซึ่งส่งผลให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการต่อไป

งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด
เทศบาลตำบลลำเลียง

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
๑. การรับยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๑
- คุณสมบัติของผู้มีสิทธิยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๒
- ขั้นตอนการยืนยันสิทธิเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๓
- การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ	๔
- การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ	๕
- ประกาศรายชื่อ ผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๕
๒. การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการของคนพิการ	๗
- คุณสมบัติของคนพิการที่มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ	๘
- ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ	๙
- คำชี้แจงการขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ	๑๐
- การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยความพิการของคนพิการ	๑๑
- ประกาศรายชื่อ คนพิการที่มีสิทธิรับเงิน เบี้ยความพิการ	๑๒
- ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ	๑๓
- การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ	๑๔
- การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ	๑๕
๓. การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์	๑๖
- คุณสมบัติของผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์	๑๗
- ขั้นตอนการยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์	๑๘
ภาคผนวก	๑๙
- แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ การรับยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๒๐
- แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ การรับขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ	๒๑
- แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ การรับขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์	๒๒
- กฎหมายที่เกี่ยวข้อง	๒๓
- แบบคำยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๒๔
- แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ	๒๖
- แบบคำขอรับการสงเคราะห์เงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์	๒๙
- แบบแสดงตนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพและแสดงความประสงค์ในการรับเบี้ยยังชีพ	๓๓
- ถาม – ตอบ สารพันปัญหา	๓๕
- ประกาศใช้คู่มือการปฏิบัติงานเบี้ยยังชีพ	๓๘

๑. การรับยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

☞ ให้ผู้สูงอายุที่มีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและ
ผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ในปีงบประมาณถัดไป
ยืนยันสิทธิขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตั้งแต่เดือนมกราคมจนถึง
เดือนธันวาคมของทุกปี...คร้าบ

อย่าลืม !!

ไม่มีชื่อ ไม่มีสิทธิ รับเงิน นะคร้าบ

*****ไม่มีค่าธรรมเนียมในการขอรับบริการ*****



คุณสมบัติของผู้ยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ตรวจสอบคุณสมบัติของตนเองตามรายการดังนี้

- (๑) ต้องมีสัญชาติไทย
- (๒) มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตตำบลลำเลียง
- (๓) เป็นผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ในปีถัดไป (ปัจจุบันอายุ ๕๙ ปีบริบูรณ์ และต้องเกิดก่อนวันที่ ๑ กันยายน หรือก่อนตั้งแต่วันที่ ๒ กันยายน เป็นต้นไป)

(๔) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดให้เป็นประจำ ยกเว้นคนพิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

 กรณีผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้วและได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาในพื้นที่ตำบลลำเลียง ต้องมายืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่เทศบาลตำบลลำเลียง นับตั้งแต่วันที่ย้ายมาและต้องไม่เกินเดือนกันยายนของปีนั้น ๆ ทั้งนี้ จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพจากเทศบาลตำบลลำเลียงในเดือนถัดไป

ขั้นตอนการยืนยันสิทธิเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



☞ ยื่นเอกสารหลักฐาน “ตามแบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ” ดังนี้

- ◆ บัตรประจำตัวประชาชน
- ◆ ทะเบียนบ้าน
- ◆ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (ในกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

 **หมายเหตุ :** ในกรณีที่ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมายืนยันสิทธิด้วยตนเองได้ ให้จัดทำหนังสือมอบอำนาจ ให้ผู้อื่นเป็นผู้ยืนยันสิทธิขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจจัดทำเอกสารการมอบอำนาจให้ครบถ้วนและติดต่อกับองค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจมาด้วย

*****ไม่มีค่าธรรมเนียมในการยืนยันสิทธิเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ *****

อย่าลืม !!

เอาบัตรประจำตัวประชาชน มาแสดงต่อเจ้าหน้าที่เพื่อบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ทุกครั้ง 

☞ ติดต่อสอบถามได้ที่...

งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด เทศบาลตำบลลำเลียง

ทุกวันทำการตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.

โทรศัพท์ ๐๙๗-๘๖๐๖๔๔ ต่อ ๑๐๓

👉 การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ

★ ★ จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับในปัจจุบัน การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ คิดในอัตราเบี้ยยังชีพแบบ “ขั้นบันได” หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วงๆ หรือเป็นขั้น ขึ้นไปเรื่อย ๆ โดยเริ่ม ตั้งแต่อายุ ๖๐ ปี ★ ★

👉 โดยปรับอัตราเบี้ยยังชีพในเดือนถัดไป



ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือนสำหรับผู้สูงอายุ

(แบบขั้นบันได) 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 ปี ขึ้นไป	๑,๐๐๐

การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ



ผู้สูงอายุสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ดังนี้

๑. ตาย
๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตตำบลลำเลียง
๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
๔. ขาดคุณสมบัติตามระเบียบฯ

หน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑. ตรวจสอบรายชื่อของตนเอง
๒. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพ หรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเป็นเงินสด จะต้องมารับเงินให้ตรงตามวัน เวลา ที่กำหนด
๓. เมื่อย้ายภูมิลำเนาจาก ตำบลลำเลียง ไปอยู่ภูมิลำเนาอื่นจะต้องแจ้งข้อมูลเพื่อให้ตำบลลำเลียงได้รับทราบ

ประกาศรายชื่อ ผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงิน เบี้ย
ยังชีพผู้สูงอายุ 



ให้ผู้สูงอายุที่มายืนยันสิทธิขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ตรวจสอบ
รายชื่อ ได้ที่ บอร์ดประชาสัมพันธ์ สำนักงานเทศบาลตำบล
ลำเลียง หรือ Website เทศบาลตำบลลำเลียง ได้ตั้งแต่วันที่ 1
เป็นต้นไปของทุกเดือน

การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

การรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและเบี้ยความพิการ

กรมบัญชีกลาง จะโอนเงินเข้าบัญชี ผู้มีสิทธิ
รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและผู้พิการโดยตรง
ตั้งแต่เดือนมกราคม 2563

***** กำหนดจ่ายทุกวันที่ 10 ของเดือน
หากเดือนใดวันที่ 10 ตรงกับวันหยุดราชการ
จะจ่ายในวันทำการก่อนวันหยุดนั้น *****



👉 องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง จะดำเนินการตรวจสอบรายชื่อผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพทุก ๆ เดือนและได้จัดส่งข้อมูลผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพให้กรมบัญชีกลาง จะดำเนินการจ่ายเงินให้กับผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพ โดยโอนเข้าบัญชีธนาคาร ตามที่ผู้สูงอายุได้แจ้งความประสงค์ไว้ ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน หากเดือนใดวันที่ 10 ตรงกับวันหยุดราชการ จะจ่ายในวันทำการก่อนวันหยุดนั้น

๒. การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการของคนพิการ

☞ ให้คนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ
ในพื้นที่ตำบลลำเลียงขึ้นทะเบียนและยื่นคำขอรับเงิน
เบี้ยความพิการที่เทศบาลตำบลลำเลียงและจะได้รับ
เบี้ยความพิการจากเทศบาลตำบลลำเลียง ในเดือน
ถัดไป



อย่าลืม !! คนพิการที่มีบัตรคนพิการ

ไม่ลงทะเบียน ไม่มีชื่อ ไม่มีสิทธิ รับเงิน นะคร้าบ

*****ไม่มีค่าธรรมเนียมในการขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการของคนพิการ *****

☞ คุณสมบัติของคนพิการที่มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ
ตรวจสอบดูคุณสมบัติของตัวเอง ตามรายการดังนี้

- (๑) ต้องมีสัญชาติไทย
- (๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลลำเลียง (ตามทะเบียนบ้าน)
- (๓) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริม

คุณภาพชีวิตคนพิการ

- (๔) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

☞ กรณีได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการอยู่แล้วและได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่
ตำบลลำเลียงจะต้องมาขึ้นทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ที่
เทศบาลตำบลลำเลียงและจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ จากเทศบาลตำบล
ลำเลียงในเดือนถัดไป ทั้งนี้ ต้องได้รับการยืนยันจากพื้นที่องค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่นเดิมที่จ่ายเงินเบี้ยความพิการ เพื่อไม่ให้เกิดการจ่ายเงินเบี้ยความพิการ
ซ้ำซ้อน



กรณีได้รับเบี้ยความพิการอยู่แล้วและได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่ตำบลลำเลียง
จะต้องมาลงทะเบียนที่เทศบาลตำบลลำเลียง อีกครั้งหนึ่งนับแต่วันที่ย้าย

เพื่อใช้สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพต่อเนื่อง ลงทะเบียนแล้ว
รับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป คร้าบ ✍✍✍

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ



☞ ยื่นเอกสารหลักฐาน “ตามแบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ” ดังนี้

- ◇ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนา
- ◇ บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับจริง พร้อมสำเนา
- ◇ ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา
- ◇ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (ในกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการผ่านธนาคาร)

 **หมายเหตุ :** ในกรณีคนพิการที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ ให้จัดทำหนังสือมอบอำนาจ เป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการ ยื่นคำขอแทน และต้องนำหลักฐานของคนพิการ และคนดูแลคนพิการ มาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย โดยให้ผู้รับมอบอำนาจจัดทำเอกสารการมอบอำนาจให้ครบถ้วน และติดต่อที่องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจมาด้วย

*****ไม่มีค่าธรรมเนียมในการขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการของคนพิการ *****

อย่าลืม !!

เอาบัตรประจำตัวประชาชน และบัตรประจำตัวคนพิการ มาแสดงตนต่อเจ้าหน้าที่ เพื่อบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศการรับเงินเบี้ยความพิการ ทุกครั้ง 

☞ ติดต่อสอบถามได้ที่...

งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด เทศบาลตำบลลำเลียง ทุกวันทำการตั้งแต่เวลา

๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น. โทรศัพท์ ๐๗๗-๘๖๐๖๔๔ ต่อ ๑๐๓

คำชี้แจงการขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ



☞ คนพิการที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการอยู่แล้วในพื้นที่อื่น ภายหลังได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่ในพื้นที่ตำบลลำเลียง อำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง ให้มาแจ้งขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการต่อที่เทศบาลตำบลลำเลียง แต่สิทธิในการรับเงินเบี้ยความพิการของคนพิการ มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการจากเทศบาลตำบลลำเลียงในเดือนถัดไป ดังนี้ 

☞ ตัวอย่าง นาย อยู่ดี รับเงินเบี้ยความพิการอยู่ที่ อบต. สดใส ภายหลังได้แจ้งย้ายที่อยู่มาอยู่ในพื้นที่ตำบลลำเลียง อำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง ในวันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๗ นาย อยู่ดี ต้องมาขึ้นทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการใหม่ ที่องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง ในเดือนมกราคม ๒๕๖๗ และมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการจากเทศบาลตำบลลำเลียง ภายในถัดไป คือ เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ เป็นต้นไป ☆☆☆

การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยความพิการของคนพิการ



คนพิการสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยความพิการของคนพิการ ดังนี้

๑. ตาย
๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตตำบลลำเลียง
๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยความพิการ
๔. ขาดคุณสมบัติตามระเบียบฯ

หน้าที่ของคนพิการที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ

๑. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง
๒. กรณีผู้รับเงินเบี้ยความพิการ หรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเป็นเงินสด จะต้องมารับเงินให้ตรงตามวัน เวลา ที่กำหนด
๓. เมื่อย้ายภูมิลำเนาจากตำบลลำเลียง ไปอยู่ภูมิลำเนาอื่นจะต้องแจ้งข้อมูลเพื่อให้ตำบลลำเลียง ได้รับทราบ



อย่าลืม !!

☞ คนพิการที่รับเงินเบี้ยความพิการ อย่าให้บัตรประจำตัวคนพิการหมดอายุ มิฉะนั้นจะไม่มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ นะครับ

☞ **ประกาศรายชื่อ คนพิการที่มีสิทธิรับเงิน
เบี้ยความพิการ** 

ให้คนพิการที่มายื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ตรวจสอบรายชื่อ ได้ที่ บอร์ดประชาสัมพันธ์ สำนักงานเทศบาลตำบลลำเลียง Website เทศบาลตำบลลำเลียง ได้ตั้งแต่วันที่ 1 เป็นต้นไปของทุกเดือน

การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้กับคนพิการ

การรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและเบี้ยความพิการ
กรมบัญชีกลาง จะโอนเงินเข้าบัญชี ผู้มีสิทธิ
รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและผู้พิการโดยตรง
ตั้งแต่เดือนมกราคม 2563

*** กำหนดจ่ายทุกวันที่ 10 ของเดือน
หากเดือนใดวันที่ 10 ตรงกับวันหยุดราชการ
จะจ่ายในวันทำการก่อนวันหยุดนั้น ***



☞ เทศบาลตำบลลำเลียง จะดำเนินการตรวจสอบรายชื่อคนพิการที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพทุก ๆ เดือนและได้จัดส่งข้อมูลคนพิการที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการให้กรมบัญชีกลาง จะดำเนินการจ่ายเงินให้กับคนพิการที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ โดยโอนเข้าบัญชีธนาคาร ตามที่คนพิการได้แจ้งความประสงค์ไว้ ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน หากเดือนใดวันที่ 10 ตรงกับวันหยุดราชการ จะจ่ายในวันทำการก่อนวันหยุดนั้น

ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ



๑. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลของรัฐ เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสารรับรองความพิการ
๒. ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดระนอง (ศาลากลางจังหวัด) 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 ถ้าคนพิการมีผู้ดูแลให้นำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ
๓. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอทำบัตรประจำตัวคนพิการให้นำหลักฐาน ตามข้อ ๒.๔-๒.๕ มาด้วย

***ไม่มีค่าธรรมเนียมในการขอบัตรประจำตัวคนพิการ ***

การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

การดำเนินการต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ สามารถไปต่อบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดระนอง (ศาลากลางจังหวัด) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๑. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม
๒. รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ จำนวน ๑ ฉบับ
๔. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการมีผู้ดูแล ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
๕. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการให้นำหลักฐานตามข้อ ๓-๔ มาด้วย



👉 การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ

การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ สามารถติดต่อได้ที่
สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดระนอง (ศาลา
กลางจังหวัด) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๑. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน
อย่างละ จำนวน ๑ ฉบับ
๓. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนเดิม ใช้สำเนาบัตร
ประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
๔. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ใช้สำเนาบัตร
ประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
๕. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ
๖. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้รับรอง จำนวน ๑
ฉบับ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือ ข้าราชการ ระดับ ๓ ขึ้นไป)



๓. การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

☆☆ ข้อควรรู้ ☆☆

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



**อย่าลืม !! HIV หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง
ไม่มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ นะ
ครับ !!**

ไม่มีค่าธรรมเนียมในการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

คุณสมบัติของผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์



ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่าป่วยเป็น
โรคเอดส์ /AIDS เท่านั้น หากระบุว่าป่วยเป็น
HIV หรือภูมิคุ้มกันบกพร่องจะไม่เข้าหลักเกณฑ์
การรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ตรวจสอบดูคุณสมบัติของตัวเอง ตามรายการดังนี้

๑. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดย
สถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีสัญชาติไทย
๓. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบล
ลำเลียง (ตามทะเบียนบ้าน)



ขั้นตอนการยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์



 ยื่นเอกสารหลักฐาน “ตามแบบคำขอรับการสงเคราะห์เงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์” ดังนี้

๑. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่า **ป่วยเป็นโรคเอดส์** จริง

๒. บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ ที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา

๓. ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา

๔. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ธกส. สาขากระบี่ (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขที่บัญชี) เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผ่านธนาคาร

๕. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้

๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนา เท่านั้น

๗. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้องแจ้งให้องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง ทราบภายใน ๗ วัน

 **หมายเหตุ :** ในกรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ ให้จัดทำหนังสือมอบอำนาจ ให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำลงทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจจัดทำเอกสารการมอบอำนาจให้ครบถ้วนและติดต่อกับ องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจมาด้วย



ภาคผนวก

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
การรับยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
◆◆◆◆◆◆◆

ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนฯ พร้อมเอกสารหลักฐาน
ผ่านระบบโปรแกรมอ่านบัตร
๕ นาที/ราย

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน
สัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูลเพิ่มเติม
☞ เอกสารประกอบการตรวจสอบ
▶ บัตรประจำตัวประชาชน
▶ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร
▶ หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามี)
▶ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
▶ สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับมอบอำนาจ
๕ นาที/ราย

รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

คุณสมบัติไม่ครบถ้วน
ขาดคุณสมบัติ

เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)
และจัดทำหนังสือแจ้งผู้มายืนยันสิทธิทราบ

คุณสมบัติครบถ้วน

เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)
จัดทำประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรายเดือน
และจัดทำประกาศรายปี/เสนอขอรับรองประมาณ

หมายเหตุ : ๑. สถานที่ให้บริการ “ห้องสำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง”
๒. “ไม่มีค่าธรรมเนียม”

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
การรับขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ
◆◆◆◆◆◆◆

ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนฯ พร้อมเอกสารหลักฐาน
ผ่านระบบโปรแกรมอ่านบัตร

๕ นาที/ราย

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน
สัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูลเพิ่มเติม

☞ เอกสารประกอบการตรวจสอบ

- ▶ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ▶ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ
- ▶ สำเนาทะเบียนบ้าน
- ▶ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร
- ▶ หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามี)
- ▶ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
- ▶ สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับมอบอำนาจ

๕ นาที/ราย

รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

คุณสมบัติไม่ครบถ้วน
ขาดคุณสมบัติ

เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)
และจัดทำหนังสือแจ้งผู้มาขึ้นทะเบียนทราบ

คุณสมบัติครบถ้วน

เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)
จัดทำประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรายเดือน
และจัดทำประกาศรายปี/เสนอขอรับงบประมาณ

หมายเหตุ : ๑. สถานที่ให้บริการ “ห้องสำนักปลัด เทศบาลตำบลลำเลียง”
๒. “ไม่มีค่าธรรมเนียม”

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ การรับขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์



ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนฯ พร้อมเอกสารหลักฐาน
ผ่านระบบโปรแกรมอ่านบัตร

๕ นาที/ราย

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน
สัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูลเพิ่มเติม

☞ เอกสารประกอบการตรวจสอบ

- ▶ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ▶ ใบรับรองแพทย์
- ▶ สำเนาทะเบียนบ้าน
- ▶ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร
- ▶ หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามี)
- ▶ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
- ▶ สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับมอบอำนาจ

๕ นาที/ราย

รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

คุณสมบัติไม่ครบถ้วน
ขาดคุณสมบัติ

เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)
และจัดทำหนังสือแจ้งผู้มาขึ้นทะเบียนทราบ

คุณสมบัติครบถ้วน
ลงพื้นที่ตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่

เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)
พิจารณาอนุมัติ
จัดทำประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ

หมายเหตุ : ๑. สถานที่ให้บริการ “ห้องสำนักปลัด เทศบาลตำบลลำเลียง”
๒. “ไม่มีค่าธรรมเนียม”

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

▶ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2566
เบี้ยความพิการ

▶ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงิน เบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2553

▶ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงิน เบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2)พ.ศ.2559

▶ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงิน เบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 3)พ.ศ.2561

▶ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงิน เบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 4)พ.ศ.2562

เงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

▶ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2548

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแบบยืนยันสิทธิแทน

ผู้ยื่นคำขอแทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ขอยืนยันสิทธิ
ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
□-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่.....
.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่....เทศบาลตำบลลำเลียง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

บ้าน 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 ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มี
สิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

☐ "ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ณ วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพ

ผู้สูงอายุ และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ"

☐ "ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยืนยันสิทธิ/ผู้รับมอบอำนาจยืนยันสิทธิ

เจ้าหน้าที่ผู้รับยืนยันสิทธิ

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ - ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ - ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ - ☐ ☐ - ☐ แล้ว ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติยืนยันสิทธิครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ รอตรวจสอบคุณสมบัติ ณ วันที่มีสิทธิได้รับ เงินเบี้ยยังชีพ ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (เจ้าหน้าที่	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีตำบลลำเลียง คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับยืนยันสิทธิ ☐ ไม่สมควรรับยืนยันสิทธิ..... กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นายเอกนรินทร์ แก้วประดิษฐ์) ปลัดเทศบาลตำบลลำเลียง กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นางสาวมินตรา ล่องแดง) นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ รักษาการแทน หัวหน้าสำนักปลัด กรรมการ (ลงชื่อ) (นางสาวทิพย์วรรณ พรหมสุวรรณ) ผู้ช่วยนักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ
คำสั่ง ☐ รับยืนยันสิทธิ ☐ ไม่รับยืนยันสิทธิ ☐ อื่น ๆ..... (ลงชื่อ) (นายเจียรชัย สายน้ำใส) นายกเทศมนตรีตำบลลำเลียง วัน/เดือน/ปี 	

-----ฝึกตามรายปฐ.....

ยื่นแบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
การยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงิน
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่คุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการยืนยันสิทธิ โดยได้รับตั้งแต่เดือน.....
พ.ศ.....เป็นต้นไป

ทะเบียนเลขที่/.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน: ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร-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.....มีชื่ออยู่ในสำเนา

ทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

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

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้

☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลานา) เข้ามาอยู่
ใหม่เมื่อ.....

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

☐ มีอาชีพ (ระบุ)..... รายได้ต่อเดือน (ระบุ)..... (บาท)

☐ มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

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 ☐ เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ☐ เป็นผู้ที่ไม่มีความประพฤติเรียบร้อย เนื่องจาก ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายก เทศมนตรี/อบต. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับจดทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับ จดทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)
---	---

คำสั่ง
☐ รับจดทะเบียน ☐ ไม่รับจดทะเบียน ☐ อื่น
.....
.....
.....

(ลงชื่อ)
นายก เทศมนตรี/นายก อบต.
วัน/เดือน/ปี

--ติดตามรอยประทับให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้--.....

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ.
การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ย
ความพิการ ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีผู้พิการย้ายภูมิลานาไปอยู่ที่อื่น
จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่โดยเร็ว ทั้งนี้เพื่อ
เป็นการ เพื่อรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง

หนังสือมอบอำนาจ

ที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....

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

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

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

เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....

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

อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ เป็นต้นไป แทนข้าพเจ้า

จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงผู้มีอำนาจรับเงินเบี้ยความพิการ

ข้าพเจ้าขอรับรองชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่า

ข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

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

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.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

..... ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....

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

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

() เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

แบบใบสอบประวัติผู้ป่วยโรคเอดส์

๑. ชื่อ..... นามสกุล.....

๒. เพศ () ชาย () หญิง

๓. อายุ.....ปี

๔. ที่อยู่

๔.๑ อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

๔.๒ กรรมสิทธิ์ในการครอบครอง

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

๕. สถานภาพการสมรส

() โสด () สมรสอยู่ด้วยกัน () สมรสแยกกันอยู่

() หม้ายหย่าร้าง () หม้ายคู่สมรสเสียชีวิต

๖. จำนวนบุตร.....คน (มีชีวิตอยู่.....คน)

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่	อาชีพ	รายได้

๗. อาชีพปัจจุบัน.....รายได้ปัจจุบัน.....บาท/เดือน

ที่มาของรายได้.....

.....

๘. ระดับการศึกษา.....ประถมศึกษา.....

๙. 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..... กับผู้มีสิทธิ

รับเงินเบี้ยยังชีพฯ มาแสดงตนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพและแสดงความประสงค์ในการรับเงินเบี้ยยังชีพแทน

ข้อมูลของผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพ

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

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

เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... อายุ..... ปี มีชื่ออยู่

บ้านเลขที่ หมู่ที่/ชุมชน..... ตรอก/ ซอย

ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพ () ผู้สูงอายุ () คนพิการ () ผู้ป่วยเอดส์

ขอแสดงตนการดำรงชีวิตอยู่ต่อองค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ และแก้ไขเพิ่มเติม และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ทั้งนี้

() มีความประสงค์ขอรับเบี้ยยังชีพ ประจำปีงบประมาณ..... ต่อไป

() ไม่ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพต่อไป

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นยันสิทธิ

(.....)

(ลายมือชื่อ).....เจ้าหน้าที่รับยันยันสิทธิ

(.....)

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 สำหรับแจ้งยืนยันแสดงตนการดำรงชีวิตของผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพ ดังนี้

() ผู้สูงอายุ

() คนพิการ

() ผู้ป่วยเอดส์

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ถาม – ตอบ สารพันปัญหา



 **ถาม** ผู้สูงอายุที่อยู่ในคุกสามารถยื่นยันสิทธิผู้สูงอายุได้หรือไม่ ?

 **ตอบ** ขึ้นทะเบียนได้

การจ่ายเครื่องนุ่งห่ม การจัดการรักษาพยาบาล การจัดหาอาหารให้ผู้ต้องขัง ไม่ใช่สิ่งที่รัฐจัดให้เป็นพิเศษ หรือเป็นสิทธิประโยชน์แต่อย่างใด แต่เป็นการปฏิบัติต่อผู้ต้องขัง ตามหลักปณิญาสากกล่าวด้วยสิทธิมนุษยชน เรื่อง การกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับการปฏิบัติต่อผู้ต้องขัง ผู้ต้องขังในเรือนจำถือเป็นพลเมืองของประเทศเช่นกัน จึงควรได้รับสิทธิต่างๆ เช่นเดียวกับประชาชนทั่วไปตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ ดังนั้นผู้สูงอายุที่ต้องโทษจำคุกในเรือนจำและได้รับสิ่งต่างๆ ในเรือนจำไม่ถือเป็นกรณีได้รับสวัสดิการ หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจาก หน่วยงานของรัฐ ก็เลยไม่ขัดกับระเบียบเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุปี ๕๒ ข้อ ๖ (๔)

 **ถาม** บุคคลที่เป็นโรคเรื้อนและได้รับเงินจากกรมควบคุมโรคสามารถขึ้น ทะเบียนผู้สูงอายุได้หรือไม่ ?

 **ตอบ** ขึ้นทะเบียนได้

 **ถาม** ถ้าผู้สูงอายุรับเงินเบี้ยคนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ อยู่แล้วจะสามารถขึ้น ทะเบียนผู้สูงอายุและรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้หรือไม่ ?

 **ตอบ** ขึ้นทะเบียนได้และสามารถรับเงินได้....ครับ

 **ถาม** พระภิกษุสงฆ์สามารถขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ ได้หรือไม่ ?

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

 **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



ถ่ายทอด เบื้องหลังผู้สูงอายุ-คนพิการ

★ หากมีข้อสงสัย นอกเหนือจากคู่มือฯ ติดต่อสอบถามได้ที่ ★

งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด เทศบาลตำบลลำเลียง

โทรศัพท์ ๐๗๗-๘๖๐๖๔๔ ต่อ ๑๐๓