



# คู่มือการปฏิบัติงานสวัสดิการสังคม

## องค์การบริหารส่วนตำบลท่าม่วง

- การยื่นคำลงทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- การยื่นคำขอลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ
- การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
- การยื่นคำร้องอ้างโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลท่าม่วง  
โทรศัพท์/โทรสาร. 044 6666 501



สัญลักษณ์ผู้สูงอายุ



สัญลักษณ์คนพิการ



สัญลักษณ์วันเอดส์โลก



สัญลักษณ์เด็กแรกเกิด

## คำนำ

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลท่าม่วง มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าม่วง และ ส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ให้กับบุคคลเหล่านี้ รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การรับลงทะเบียนคนพิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ และรับคำร้องผู้ป่วยเอดส์เพื่อรับ เงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพฯ ให้กับบุคคลดังกล่าว โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ และแก้ไขเพิ่มเติม และระเบียบ กระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และแก้ไขเพิ่มเติม และรับลงทะเบียนโครงการเงิน อุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้อง มีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความ สะดวก รวดเร็ว และถูกต้องใน การขอรับบริการในเรื่องดังกล่าว องค์การบริหารส่วนตำบลท่าม่วง จึงได้จัดทำคู่มือการ ลงทะเบียนและ ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนและยื่นคำขอ รับเงินเบี้ยความพิการ การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วย เอดส์ และ โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

องค์การบริหารส่วนตำบลท่าม่วง หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์ และ ผู้ปกครองของเด็กแรกเกิด มีความเข้าใจ ที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจำให้เกิด ประโยชน์ สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการ ต่อไป

อ ง ค์ ก า ร บ ริ ห า ร ส ่วน ต ำ บ ล ท ำ ม ู ง

ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม - พฤศจิกายน  
และเดือนมกราคม - กันยายน  
ของทุกปี

เป็นวันรับขึ้นทะเบียน  
ผู้สูงอายุ...และคนพิการ จ้า

อย่าลืม !!!! นะจ๊ะ  
ไม่มีชื่อ ไม่มีสิทธิ



### ขั้นตอนการขึ้นทะเบียน เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ยื่นเอกสาร หลักฐาน ลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

บัตรประจำตัวประชาชนขั้นตอนการขึ้นทะเบียน เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ยื่นเอกสาร หลักฐาน ลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตร อื่นที่ออกโดยหน่วยงาน ของรัฐที่มี รูปถ่าย

ทะเบียนบ้าน  สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร

หมายเหตุ : ในกรณีที่มีความจำเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถยื่นคำขอลงทะเบียนด้วย ตนเองได้อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอลงทะเบียนขอรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนก็ได้ โดยกรอกรายละเอียดตามแบบคำขอลงทะเบียนขอรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุให้ถูกต้องครบถ้วนและให้ยื่นคำขอประกอบกับเอกสารหลักฐานของ ผู้สูงอายุพร้อมเอกสารการมอบอำนาจ

### ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ

ยื่นเอกสาร หลักฐาน ลงทะเบียนรับเงินเบี้ยคนพิการ

บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริม คุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับจริง

บัตรประชาชน

ทะเบียนบ้าน

สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร

หมายเหตุ : ๑. ในกรณีที่มีคนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบธรรม คน เสมือน ไร้ความสามารถ หรือไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทน ดังกล่าว  
๒. กรณีคนพิการไม่สามารถยื่นคำขอได้ด้วยตนเอง ให้ผู้ดูแล คนพิการยื่นคำขอแทน โดยให้ผู้ที่เชื่อถือได้รับรองสถานะของคนพิการ แต่ต้อง นำหลักฐานของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการ ไปแสดงต่อหน้าเจ้าหน้าที่ด้วย



ตัวอย่างบัตรและสมุดประจำตัวคนพิการ

### หมายเหตุ

กรณีได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการอยู่แล้ว และได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่องค์การส่วนตำบลท่าม่วง จะต้องมาลงทะเบียนที่ องค์การส่วนตำบลท่าม่วง ภายในวันที่ย้าย

## คำชี้แจง

ผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพอยู่แล้วใน พื้นที่อื่น ภายหลังจากได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่ในพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าม่วง ให้มาขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับ เงินเบี้ยยังชีพต่อที่ องค์การบริหารส่วนตำบลท่า ม่วง ตั้งแต่วันที่ ย้ายแต่ไม่เกิน เดือนพฤศจิกายนของปี นั้นๆ แต่สิทธิ ในการรับเงินยัง เช่น นาง ก. รับเงินเบี้ย ยังชีพอยู่ อบต. รักชาติ ภายหลังจากได้แจ้งย้ายที่อยู่มาอยู่พื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลท่าม่วง ใน วันที่ ๘ กรกฎาคม ๒๕๖๒ นาง ก. ต้อง มาขึ้นทะเบียนใหม่ ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าม่วง ตั้งแต่วันที่ย้ายแต่ต้องไม่เกินวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ แต่ นาง ก. จะยังคงรับเงินเบี้ยยังชีพที่ อบต. รักชาติ อยู่จนถึงเดือน กันยายน ๒๕๖๒ และจะมีสิทธิรับเงินเบี้ย ยังชีพผู้สูงอายุ ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าม่วง ในเดือน ตุลาคม ๒๕๖๒ เป็นต้นไป

## ประกาศรายชื่อ ผู้มีสิทธิรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ

ให้ผู้ที่ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพ มาตรวจสอบรายชื่อ ตามประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ ณ องค์การ บริหารส่วนตำบลท่าม่วง ภายในวันที่ ๕ ธันวาคม ของทุกปี (นับจาก วัน สิ้นสุดกำหนดการยื่นขอขึ้นทะเบียน ณ. วัน ที่ พฤศจิกายน ของทุกปี )

## การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ

องค์การบริหารส่วนตำบลท่าม่วง จะดำเนินการเบิก - จ่ายเงิน ให้กับผู้สูงอายุและคนพิการที่มาขึ้น ทะเบียน ไว้แล้ว โดย จะเริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม ปี ถัดไป โดยจะจ่าย เป็นเงินสด หรือโอนเข้าบัญชีธนาคาร ตามที่ ผู้สูงอายุและคนพิการได้ แจ้งความ ประสงค์ไว้ ภายในวันที่ ๑๐ ของเดือน

กำหนดวันจ่ายเงินเบี้ยยังชีพ ภายใวันที่ ๑๐ ของเดือน

ตุลาคม 2556 October 2013						
อาทิตย์ SUN	จันทร์ MON	อังคาร TUE	พุธ WED	พฤหัสบดี THU	ศุกร์ FRI	เสาร์ SAT
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

## ช่องทางการรับเงินเบี้ยยังชีพ

ผู้ประสงค์รับเงินผ่าน ธนาคาร	ผู้ประสงค์รับเงินผ่าน เงินสด
โอนเข้า บัญชีธนาคารใน นาม ผู้สูงอายุ ,คนพิการ หรือ ผู้รับมอบอำนาจ	ตามจุดที่ได้แจ้งไว้ เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบลท่าม่วง /ที่ทำการ กำนัน ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้าน หรือ ขึ้นอยู่ กับความเหมาะสม โดยจะมีการ แจ้งให้ทราบล่วงหน้า รับเงินสดในนามผู้สูงอายุ ,คนพิการ หรือผู้รับมอบ อํานาจ

### การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได สำหรับผู้สูงอายุ

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับใน ปัจจุบัน การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพ ให้แก่ผู้สูงอายุคิดในอัตราเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได “ขั้นบันได” หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของ ผู้สูงอายุออกเป็นช่วง ๆ หรือเป็นขั้น ขึ้นไปเรื่อย ๆ โดยเริ่ม ตั้งแต่อายุ ๖๐ ปี

โดยคำนวณตามปีงบประมาณ มิใช่ปีปฏิทิน และไม่มี การเพิ่มของอายุระหว่างปี  
ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือน สำหรับผู้สูงอายุ(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

### วิธีคำนวณอายุของผู้สูงอายุ

การนับอายุว่าจะอยู่ในขั้นที่เท่าไร ให้นับ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน เท่านั้น

๑. นาง ก. เกิด ๓๐ กันยายน ๒๔๙๐ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐ นาง ก. จะอายุ ๗๐ ปี หมายความว่า นาง ก. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๗๐๐ บาท ในเดือน ตุลาคม ๒๕๖๐ (งบประมาณปี ๒๕๖๑)

๒. นาง ข. เกิด ๑ ตุลาคม ๒๔๙๐ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐ นาง ข. จะอายุ ๖๙ ปี หมายความว่า นาง ข. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๖๐๐ บาท เท่าเดิม จนกว่าจะถึงรอบปีถัดไป

การนับรอบปีงบประมาณ คือ เริ่มนับตั้งแต่ ๑ ตุลาคม - ๓๐ กันยายน เช่น ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖



## การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ

๑. ตาย
๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขต องค์การบริหารส่วนตำบลท่าม่วง
๓. แจ้งสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
๔. ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖

### หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และคนพิการ

๑. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง
๒. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพ หรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเป็นเงินสด ต้องมา รับเงินให้ตรงตามวัน เวลา ที่กำหนด
๓. เมื่อย้ายภูมิลำเนาจาก องค์การบริหารส่วนตำบลท่าม่วง ไปอยู่ภูมิลำเนาอื่น ต้อง แจ้งข้อมูลเพื่อให้ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าม่วง ได้รับทราบ
๔. ให้ผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ แสดงการมีชีวิตอยู่ต่อ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าม่วง ระหว่างวันที่ ๑ - ๕ ตุลาคม ของทุกปี
๕. กรณีตาย ให้ผู้ดูแลหรือญาติของผู้สูงอายุ คนพิการ ต้องแจ้งการตาย ให้ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าม่วง ได้รับทราบ (พร้อมสำเนา ใบมรณบัตร) ภายใน ๗ วัน

## ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ

๑. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสารรับรอง ความพิการ
๒. ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์จังหวัด (ศาลากลางจังหวัด) ด้วยตนเอง โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้
  - ๑.๑ เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยแพทย์เฉพาะทาง (ตัวจริง)
  - ๑.๒ รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
  - ๑.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
  - ๑.๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
  - ๑.๕ ถ้าคนพิการมีผู้ดูแล ให้นำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนา ทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ



ตัวอย่างบัตรและสมุดประจำตัวคนพิการ

## การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

การดำเนินการต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ สามารถต่อได้ที่ สำนัก พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (ศาลากลางจังหวัด) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๑. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสาร รับรองความพิการ
๒. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม
๓. รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
๔. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
๕. สำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ จำนวน ๑ ฉบับ
๖. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการมีผู้ดูแล ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และ สำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ

การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ สามารถติดต่อได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของ มนุษย์จังหวัด (ศาลากลางจังหวัดบุรีรัมย์) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

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

## การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

๑. ผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่ง ออกให้โดย สถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วย เป็นโรคเอดส์จริง

๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าม่วง

๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้

๔. การยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลท่าม่วง โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบ การยื่นดังนี้

๔.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่า ป่วยเป็น โรคเอดส์จริง

๔.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง

๔.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง

๕. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเอง ได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการ แทนได้

๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด

๗. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์แล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา ไป อยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้อง ขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้า ไปอยู่ใหม่ ซึ่งถ้า ผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วย เอดส์ จะได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนา เท่านั้น

๗. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิตลง ให้ผู้ดูแลหรือญาติ ของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้องแจ้งเทศบาล อุดมธรรม ทราบภายใน ๗ วัน ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่าป่วยเป็น โรคเอดส์ /AIDs เท่านั้น



## เงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด

โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด เป็นอีกหนึ่งมาตรการที่ช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายของคุณพ่อ-คุณแม่ที่อยู่ ในครอบครัวยากจน เพราะรัฐจะสนับสนุนเงินช่วยเหลือค่าเลี้ยงดูบุตรคนละ ๖๐๐ บาท/เดือน ซึ่งจะจ่ายให้ทุกเดือนตั้งแต่แรกเกิดจนถึง อายุ ๖ ขวบ ใครได้สิทธิ์รับเงินอุดหนุน

๑. รายเก่าสำหรับผู้ลงทะเบียนที่มีสิทธิ์รับเงินอุดหนุน (รายเดิม)
  ๒. สำหรับผู้ที่ทำให้ข้อมูลรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒) เพิ่มเติม ภายหลัง วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖
  ๓. สำหรับผู้ลงทะเบียนรายใหม่ที่ผ่านการพิจารณาแล้ว และมีการบันทึก ข้อมูลสมบูรณ์อยู่ในระบบฐานข้อมูลของโครงการเงินอุดหนุนฯ ภายใน วันที่กำหนด ลงทะเบียนอุดหนุนเด็กแรกเกิด หากเคยลงทะเบียนไว้แล้วในปีก่อนหน้า ไม่ต้องมาลงทะเบียนใหม่ โดยจะได้รับโอนเงินต่อเนื่องจนบุตรมีอายุ ๖ ขวบ แต่กรณียังไม่เคย ลงทะเบียนมาก่อน หรือเพิ่งคลอดบุตรในช่วงปลายปี ๒๕๖๒ ก็สามารถมา ลงทะเบียนได้เลยตามสถานที่รับลงทะเบียนต่อไป
- กรุงเทพมหานคร : ลงทะเบียนได้ที่สำนักงานเขตในพื้นที่ที่พักอาศัยอยู่
  - เมืองพัทยา : ลงทะเบียนได้ที่ศาลาว่าการเมืองพัทยา
  - ส่วนภูมิภาค : ลงทะเบียนที่สำนักงานเทศบาล หรือที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบล

### คุณสมบัติผู้มีสิทธิ์ขอรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูแรกเกิด เด็กแรกเกิดที่มีสิทธิ์

- ต้องมีสัญชาติไทย
- พ่อแม่ของเด็กต้องมีสัญชาติไทย หรือคนใดคนหนึ่งมีสัญชาติไทย
- เด็กต้องเกิดตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๘ เป็นต้นไป จนมีอายุครบ ๖ ขวบ
- อาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย
- ไม่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของหน่วยงานของรัฐ หรือเอกชน

### ผู้ปกครองที่มีสิทธิ์ลงทะเบียน

- มีสัญชาติไทย
- เป็นบุคคลที่รับเด็กแรกเกิดไว้ในอุปการะ (ไม่ใช่พ่อแม่ก็ได้)
- เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วย
- อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้น้อย คือ สมาชิกในครัวเรือน มีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาทต่อคนต่อปี

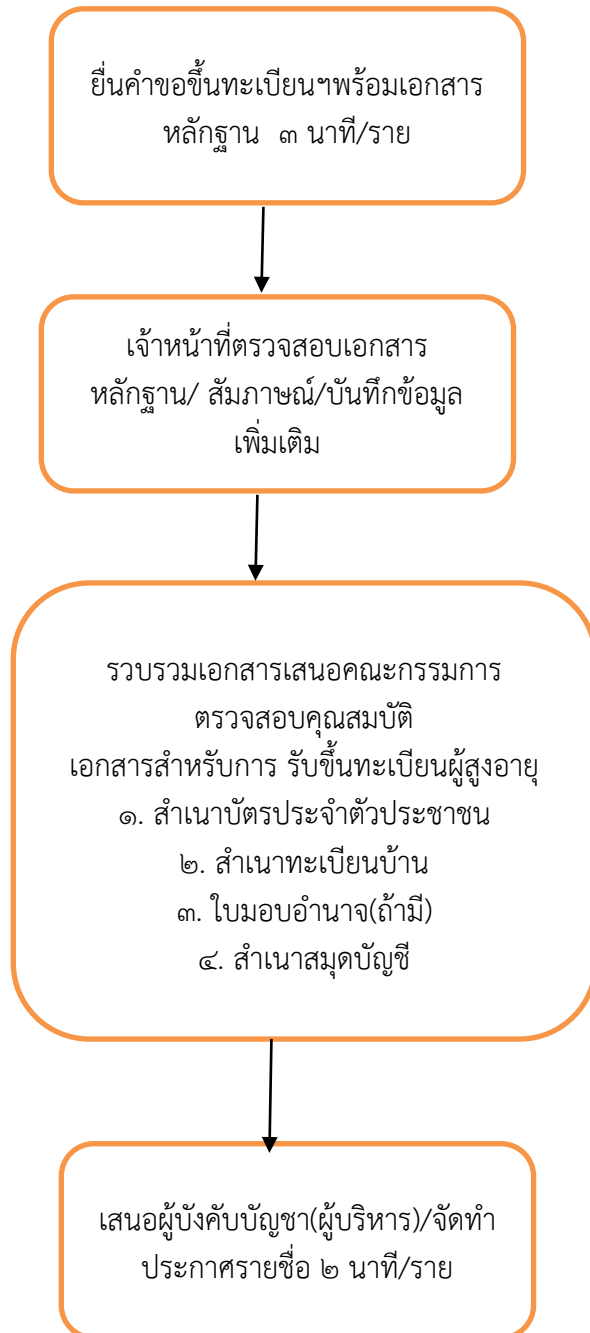
หมายเหตุ : มารดาที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ ยังไม่ต้องมายื่น คำร้องขอ ลงทะเบียนขอรับสิทธิ์เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

### เอกสารที่ใช้ลงทะเบียน รับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด

๑. แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.๐๑)
๒. แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒)
๓. บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง
๔. สูติบัตรเด็กแรกเกิด
๕. สมุดบัญชีเงินฝากของผู้ปกครอง ไม่ต้องแนบ (บัญชีธนาคาร ต้องผูกพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชนกับบัญชีเงินฝากธนาคารเท่านั้น)
๖. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก เฉพาะหน้าที่ ๑ ที่มีชื่อของหญิง ตั้งครรภ์ (ในกรณีที่สมุดสูญหาย ให้ใช้เฉพาะสำเนาหน้าที่ ๑ พร้อมให้เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขบันทึกข้อมูลและรับรองสำเนา)
๗. กรณีที่ผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนและสมาชิกในครัวเรือนของผู้ยื่นคำ ร้องขอลงทะเบียน เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงาน รัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท ต้องมีเอกสาร ใบรับรองเงินเดือน หรือหนังสือรับรองรายได้ของทุกคนที่มี รายได้ประจำ (สลิปเงินเดือน หรือเอกสารหลักฐานที่นายจ้างลงนาม)
๘. สำเนาเอกสาร หรือบัตรข้าราชการ เจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะ หรือตำแหน่ง หรือเอกสารอื่นใดที่แสดงตนของผู้รับรองคนที่ ๑ และผู้รับรอง คนที่ ๒

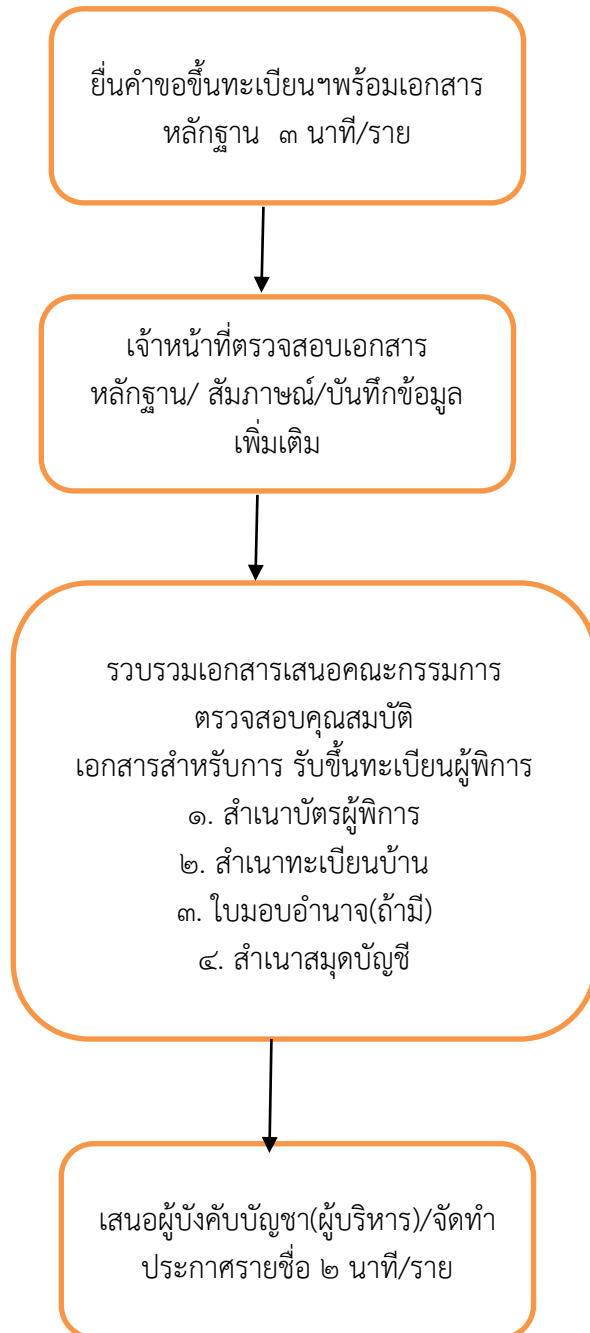
ภาคผนวก

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ  
(การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ)



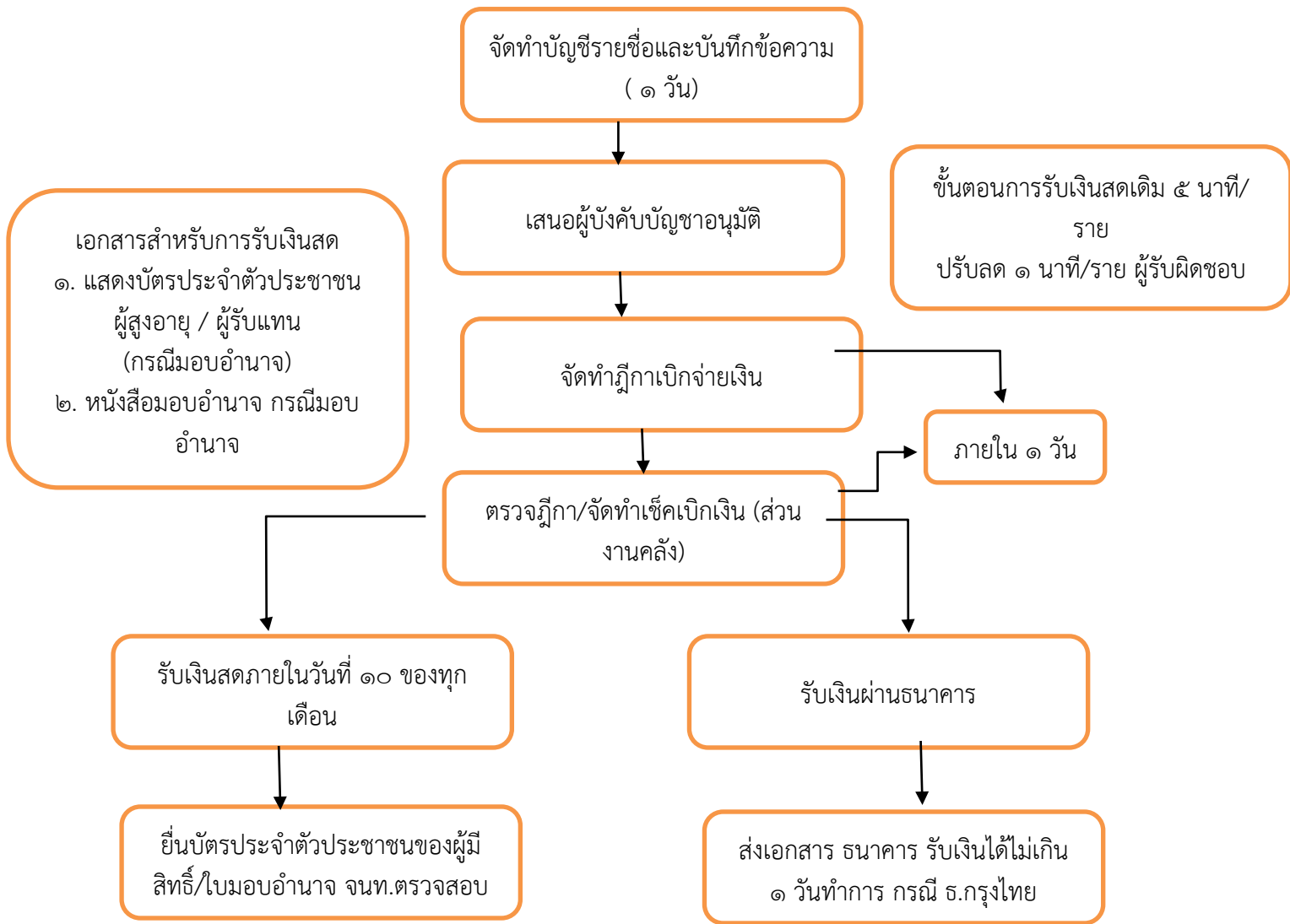
ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ เดิม ๑๐ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๓-๕ นาที/ราย

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ  
(การรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ)

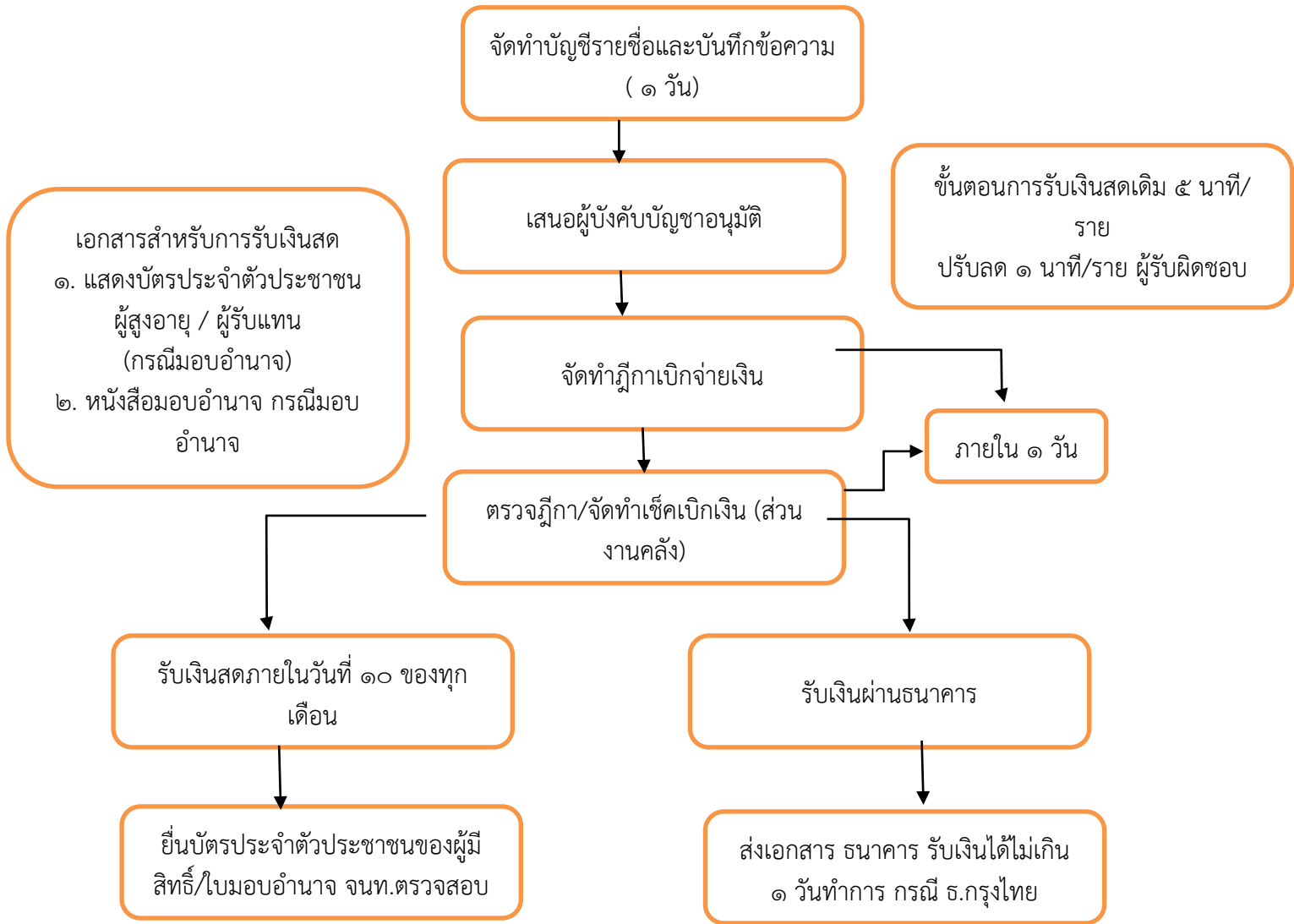


ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ เดิม ๑๐ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๓-๕ นาที/ราย

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ  
(การเบิก-จ่ายเบี้ยผู้สูงอายุ)



แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ  
(การเบิก-จ่ายเบี้ยผู้พิการ)





ตัวอย่างแบบฟอร์มคำขอขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๗

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น กับผู้สูงอายุที่ลงทะเบียน

ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ) เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

□-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

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

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

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

ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□ สถานภาพสมรส □ โสด □ สมรส □ หม้าย □  
หย่าร้าง □ แยกกันอยู่ □ อื่นๆ..... อาชีพ..... รายได้ต่อเดือน..... บาท

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการของรัฐ

ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ได้รับเงินเบี้ยความพิการ  ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย  ทะเบียนบ้าน

สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ณ วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย / ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติ ของ นาย / นาง / นางสาว..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□ □ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติในการลงทะเบียนครบถ้วน □ เป็นผู้ที่รอตรวจสอบคุณสมบัติ ณ วันที่มีสิทธิได้รับ เงินเบี้ยยัง ชีพ □ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก ..... ..... (ลงชื่อ)..... (..... ) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรี/อบต..... คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็น ดังนี้ □ สมควรรับลงทะเบียน □ ไม่สมควรรับลงทะเบียน..... ..... กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p>
--	--

คำสั่ง

รับลงทะเบียน  ไม่รับลงทะเบียน  อื่นๆ.....  
.....  
(ลงชื่อ).....  
นายก อบต. (..... )  
วัน/เดือน/ปี.....

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บเพื่อเป็นหลักฐานลงทะเบียน)

ผู้สูงอายุ ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....  
ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....  
การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติ ครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาใน  
การลงทะเบียน ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน โดยได้รับตั้งแต่เดือน..... พ.ศ เป็นต้นไป กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาที่ไป  
อยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  
ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่นับตั้งแต่วันที่ย้ายแต่ไม่เกินเดือนพฤศจิกายนของปีนั้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้เบี้ยผู้สูงอายุ ณ องค์การ  
ปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมจนสิ้นปีงบประมาณที่ได้รับลงทะเบียนไว้ และรับที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ใหม่ ในปีงบประมาณถัดไป

ตัวอย่างแบบฟอร์มคำขอขึ้นทะเบียนรับเบี้ยความพิการ

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๗

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น กับผู้สูงอายุที่ลงทะเบียน

ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ) เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

□-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่.....

..... โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้พิการ

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

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

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

ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

โทรศัพท์.....

ประเภทความพิการ  ความพิการทางการเห็น  ความพิการทางสติปัญญา  ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย

ความพิการทางการเรียนรู้  ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย  ความพิการทางออทิสติก

ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่าร้าง  แยกกันอยู่  อื่น ๆ..... รายได้ต่อเดือน.....อาชีพ.....

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

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย  สำเนาทะเบียนบ้าน

สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร

หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

บัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย”

“ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น และ ยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย / ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน  
เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ  
นาย/นาง/นางสาว/.....  
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

□-□□□□-□□□□□□-□□□-□

เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน  
 เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติเนื่องจาก.....  
.....

(ลงชื่อ).....  
(.....)  
เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ  
เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลท่าม่วง คณะกรรมการ  
ตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมี  
ความเห็นดังนี้

สมควรรับลงทะเบียน  
 ไม่สมควรรับลงทะเบียน.....  
.....

กรรมการ (ลงชื่อ).....  
(.....)

กรรมการ (ลงชื่อ).....  
(.....)

กรรมการ (ลงชื่อ).....  
(.....)

สั่ง  
รับลงทะเบียน ไม่รับลงทะเบียน อื่น ๆ .....

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

ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้พิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕ ๖๖ โดยจะได้รับเงินเบี้ย  
ความพิการตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....(ถัดไป นับแต่วันขึ้นทะเบียน) ในอัตราเดือนละ ๘๐๐/๑,๐๐๐ บาท  
ภายใน วันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ  
ณ ที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่โดยทันที ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

**ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือมอบอำนาจ**  
หนังสือมอบอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  
ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

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

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....เกี่ยวพันเป็น.....

ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....เลขที่.....ออกให้ ณ.....

เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

เป็นผู้มีอำนาจ **ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ**..... แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ  
ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วย ตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจ/ผู้สูงอายุ  
(.....)

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน  
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน  
(.....)

ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือมอบอำนาจ

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/ผู้พิการ  
ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

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

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....เกี่ยวพันเป็น.....

ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....เลขที่.....ออกให้ ณ.....

เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....

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

เป็นผู้มีอำนาจ ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/ผู้พิการ..... แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ  
ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วย ตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจ/ผู้สูงอายุ  
(.....)

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน  
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน  
(.....)



ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือแสดงความประสงค์รับเงินเบี้ยยังชีพ

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

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลท่าม่วง ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า. เป็นผู้มีสิทธิได้รับ  
การสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้สูงอายุ ลำดับที่..... นั้น  
ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้ ( ) เป็นเงินสด  
( ) โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา..... เลขที่บัญชี.....

( ) แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ ลงชื่อ.....  
(..... )



## ตัวอย่างคำขอลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด

แบบคำร้องขอลงทะเบียน เพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ปีงบประมาณ .....

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

๑. ข้อมูลผู้ลงทะเบียน  เป็นผู้ลงทะเบียนตามโครงการเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ

๑.๑  บิดา  มารดา  ผู้ปกครอง ความสัมพันธ์กับเด็กแรกเกิดระบุ.....

๑.๒  เด็กชาย  เด็กหญิง  นาย  นาง  นางสาว

๑.๓ เลขประจำตัวประชาชน  -  -  -  -

๑.๔ เกิดเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี

๑.๕ สัญชาติ

๑.๖ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....อาคาร/ตึก ชั้น เลขที่ห้อง หมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์  โทรศัพท์บ้าน  -  -

โทรศัพท์มือถือ  -  -

๑.๗ ที่อยู่ปัจจุบัน  ใช้ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....อาคาร/ตึก ชั้น เลขที่ห้อง หมู่บ้าน.....

ตรอก/ซอย..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์บ้าน  -  -  โทรศัพท์มือถือ  -  -

๑.๘ อาชีพ  ไม่ได้ประกอบอาชีพ  ประกอบอาชีพ ระบุ

๑.๙ การศึกษา  ไม่ได้รับการศึกษา  กำลังศึกษา  จบการศึกษา (สูงสุด)

๒. ข้อมูลเด็ก (ตามสูติบัตร)

๒.๑ ชื่อ - นามสกุล.....  เด็กชาย  เด็กหญิง

๒.๒ เลขประจำตัวประชาชน  -  -  -  -

๒.๓ เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....ข้อมูลมารดา.....

๒.๔  เด็กหญิง.....  นาง.....  นางสาว .....

๒.๕ เลขประจำตัวประชาชน  -  -  -  -

๒.๖ อายุ .....ปี

๒.๗ สัญชาติ..... ข้อมูลบิดา.....  ไม่ปรากฏบิดา

๒.๑๐  เด็กชาย.....  นาย .....

๒.๑๑ เลขประจำตัวประชาชน  -  -  -  -

๒.๑๒ อายุ..... ปี

๒.๑๓ สัญชาติ.....

๓. ช่องทางการรับเงินอุดหนุน เลือกเพียง ๑ ธนาคาร (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

ธนาคารกรุงไทย ประเภทบัญชี ออมทรัพย์  ธนาคาร ธ.ก.ส. ประเภทบัญชี ออมทรัพย์  ธนาคารออมสิน ประเภทบัญชีเงินฝากเพื่อเรียก

ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี .....

๔. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- ๔.๑ แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.๐๑)
- ๔.๒ แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒)
- ๔.๓ สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
- ๔.๔ หนังสือรับรองรายได้หรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่มีรายได้ประจำเป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท) จำนวน ใบ
- ๔.๕ เอกสาร หรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรหรือเอกสารอื่นใดที่แสดงสถานะหรือตำแหน่งของผู้ของผู้รับรองคนที่ ๑ และผู้รับรองคนที่ ๒
- ๔.๖ สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (เฉพาะผู้ที่ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ยินยอมให้นำข้อมูลในบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อตรวจสอบสถานะบุคคลในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร ข้อมูลทางการเงินและทรัพย์สิน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินในส่วนที่รับไปโดยไม่มีสิทธิ หรือยินยอมให้หักจากสวัสดิการอื่น หรือหักจากบัญชีเงินฝากธนาคารของข้าพเจ้าได้ ในการนี้ข้าพเจ้ายินดีรับข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็กผ่านช่องทางต่าง ๆ

(ลงชื่อ).....ผู้ลงทะเบียน (ลงชื่อ).....ผู้รับลงทะเบียน  
(.....) (.....)

วันที่ลงทะเบียน..... ตำแหน่ง.....

วันที่ลงทะเบียน.....

.....ตัดตามรอยปรุ.....

หมายเหตุ : สำหรับเก็บไว้เป็นหลักฐานเพื่อยืนยันการลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

๑. หน่วยงานรับลงทะเบียน.....วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

๑.๑ ชื่อ-นามสกุล ผู้ลงทะเบียน.....

๑.๒ เลขประจำตัวประชาชน  -  -  -  -

๑.๓ ชื่อ - นามสกุล เด็กแรกเกิด  เด็กชาย  เด็กหญิง.....

๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน  -  -  -  -

๒. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.๐๑)
- แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒)
- สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
- หนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท หรือผู้มีรายได้ประจำ) จำนวน ใบ
- เอกสาร หรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใดของผู้รับรอง คนที่ ๑ และผู้รับรองคนที่ ๒
- สำเนาหน้าแรกของสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (ธนาคารกรุงไทย ธนาคารออมสิน ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน

ตำแหน่ง.....



แบบรับรองสถานะของครัวเรือน ตารางแสดงจำนวนสมาชิกและรายได้ของครัวเรือน  
ส่วนที่ ๑ : ผู้ลงทะเบียน

ข้อมูลสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่จริงของผู้ลงทะเบียน  
(กรณีต่างตัวที่มีบัตรประจำตัวซึ่งไม่มีสัญชาติไทย) สามารถกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มได้

ลำดับ ที่ เลข	ประจำตัวประชาชน	ชื่อ นามสกุล	อายุ	ความสัมพันธ์ กับเด็ก	อาชีพ	รายได้/เดือน	บัตรสวัสดิการ แห่งรัฐ	
							มี	ไม่มี

จำนวนสมาชิกของครัวเรือนทั้งหมด คน (นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย)

รายได้รวมของครัวเรือน บาท/ปี รายได้เฉลี่ยสมาชิกของครัวเรือน บาท/คน/ปี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายชื่อที่ปรากฏข้างต้น เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่ติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า ๑๘๐ วัน ในรอบ ๑ ปีที่ผ่านมา และสถานะของครัวเรือนของข้าพเจ้าเมื่อคำนวณแล้วมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ต่อคน ต่อปี ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูล ส่วนบุคคลแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง และยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถาม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ในบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้า หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตรงความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ระงับสวัสดิการและประโยชน์อื่น ๆ รวมทั้งคืนเงินที่ได้รับ

ลงชื่อ..... ผู้ลงทะเบียน

(.....)

วันที่ลงทะเบียน.....

หมายเหตุ : ๑) รายได้เฉลี่ยคำนวณจากรายได้รวมของครัวเรือนหารด้วยจำนวนสมาชิกทั้งหมดของที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้น โดยนับรวมรายได้ในรอบปีของสมาชิกทุกคนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้นติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า ๑๘๐ วันในรอบ ๑ ปี ที่ผ่านมา โดยให้นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย ซึ่งสมาชิกของครัวเรือนมีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติโดยสายโลหิต หรืออยู่กินด้วยกันฉันสามีภรรยา หรือด้วยเหตุอื่นตามกฎหมาย แต่ไม่นับรวมผู้ซึ่งเป็นลูกจ้างหรือผู้ซึ่งได้อนุญาตให้อยู่อาศัยด้วย

๒) กรณีสมาชิกในครัวเรือนเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานบริษัท ผู้มีรายได้ประจำ ให้แนบหนังสือรับรองเงินเดือนหรือ ใบรับรองเงินเดือนของผู้มีรายได้ประจำ ด้วยทุกคน

๓) กรณีสมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐทุกคน ไม่ต้องมีผู้รับรองสถานะของครัวเรือน

ส่วนที่ ๒ : ผู้รับรอง

ข้อมูลผู้รับรองคนที่ ๑ (กรุณาเขียนตัวบรรจง)
ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นาง <input type="checkbox"/> นางสาว ..... นามสกุล.....
ตำแหน่ง ..... สังกัดหน่วยงาน .....
โทรศัพท์.....
<input type="checkbox"/> รับรอง ผู้ลงทะเบียนอาศัยอยู่ในพื้นที่ของข้าพเจ้า เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น
<input type="checkbox"/> ไม่รับรอง เนื่องจาก.....
(ลงชื่อ) .....ผู้รับรองคนที่ ๑ (.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....
หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ ๑ : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน อาสาสมัคร สาธารณสุขชุมชนเมืองพัทยา อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการชุมชน ประธานชุมชน ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนั้น ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ ต้องไม่เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายในการรับ ลงทะเบียน และผู้ รับรองต้องไม่เป็นบุคคลในครัวเรือนที่มีรายได้น้อยกว่าของเด็กรแรกเกิด
ข้อมูลผู้รับรองคนที่ ๒ (กรุณาเขียนตัวบรรจง)
ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นาง <input type="checkbox"/> นางสาว ..... นามสกุล.....
ตำแหน่ง ..... สังกัดหน่วยงาน .....
โทรศัพท์.....
<input type="checkbox"/> รับรอง ผู้ลงทะเบียนอาศัยอยู่ในพื้นที่ข้าพเจ้า เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่มีรายได้ไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ต่อ ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น
<input type="checkbox"/> ไม่รับรอง เนื่องจาก.....
(ลงชื่อ) .....ผู้รับรองคนที่ ๒ (.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....
หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ ๒ : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน อาสาสมัคร สาธารณสุขชุมชนเมืองพัทยา อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการชุมชน ประธานชุมชน ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนั้น ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ ต้องไม่เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายในการรับ ลงทะเบียน และผู้ รับรองต้องไม่เป็นบุคคลในครัวเรือนที่มีรายได้น้อยกว่าของเด็กรแรกเกิด





