

คู่มือบริการประชาชน

กองสวัสดิการสังคม

คู่มือสำหรับประชาชน : การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : เทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา

กระทรวง : กระทรวงมหาดไทย

๑. ชื่อกระบวนการ : การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ : เทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา

๓. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

๔. หมวดหมู่ของงานบริการ : ชั้นทะเบียน

๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง :

๑.) ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๒ และฉบับที่ ๒ พ.ศ.๒๕๖๐ ฉบับที่ ๓ ฉบับที่ ๔ ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒ และพ.ศ.๒๕๖๖

๖. ระดับผลกระทบ : บริการทั่วไป

๗. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน : การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๘. ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ เทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา

เบอร์โทรติดต่อ ๐๓๘-๕๑๑๐๒๗ ต่อ ๑๖๔ ชั้น ๔ อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ เทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา

๐๓๘-๐๘๖๑๔๓ ชั้น ๑ ห้องกระจกอาคารเก็บพัสดุ (กองสวัสดิการสังคม)

ระยะเวลาให้บริการ เปิดให้บริการ วันจันทร์ - ศุกร์ ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

(ยกเว้นวันหยุดที่ราชการกำหนด)

E-service		One Stop Service	
ช่องทาง	ส่วนงานที่รับผิดชอบ	สถานที่ตั้ง	ส่วนงานที่รับผิดชอบ
ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี

๙.หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๒ กำหนดให้ภายในเดือนพฤษภาคมของทุกปีให้ผู้ที่จะมีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปในปีงบประมาณถัดไปและมีคุณสมบัติครบถ้วนมาลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา ณ สำนักงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือสถานที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

หลักเกณฑ์

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
๓. มีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปซึ่งไปลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๔. เป็นผู้ไม่มีรายได้หรือรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติตามกฎหมายว่าผู้สูงอายุ กำหนด
๕. รับเงินสดด้วยตนเองหรือรับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
๖. โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิหรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

วิธีการ

๑. ผู้ที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในปีงบประมาณถัดไปยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ สถานที่และภายในระยะเวลาที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศกำหนดด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการได้
๒. กรณีผู้สูงอายุที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณที่ผ่านมาให้ถือว่าเป็นผู้ได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามระเบียบนี้แล้ว
๓. กรณีผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่และยังประสงค์จะรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต้องไปแจ้งต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป

๑๐. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ ระยะเวลาดำเนินการรวม ๓๐ นาที

ลำดับ	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑.)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในปีงบประมาณถัดไปหรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ	๒๐ นาที	กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	(๑.ระยะเวลา :๒๐ นาที (๒.หน่วยงานผู้รับผิดชอบคือเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา)
๒.)	การพิจารณา	ออกไปรับลงทะเบียนตามแบบยื่นคำขอลงทะเบียนให้ผู้ลงทะเบียนหรือผู้รับมอบอำนาจ	๑๐ นาที	กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	(๑.ระยะเวลา : ๑๐ นาที (๒.หน่วยงานผู้รับผิดชอบคือเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา)

๑๑.รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑๑.๑)เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ลำดับ	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วย รับ เอกสาร	หมายเหตุ
๑)	บัตรประจำตัวประชาชน	ไม่มี	๑	๑	ชุด	-
๒)	ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา	ไม่มี	๑	๑	ชุด	-
๓)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีและผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพประสงค์ขอรับ เงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร	ไม่มี	๑	๑	ชุด	-
๔)	หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ ดำเนินการแทน)	ไม่มี	๑	๐	ชุด	-
๕)	หนังสือมอบอำนาจ(กรณีรับเงินแทนผู้มี สิทธิ)	ไม่มี	๑	๐	ชุด	-
๖)	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออก โดยให้หน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อม สำเนาของผู้รับมอบอำนาจ(กรณีมอบ อำนาจให้ดำเนินการแทน)	ไม่มี	๑	๑	ชุด	-
๗)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของ ผู้รับมอบอำนาจ (กรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่าน ธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ)	ไม่มี	๑	๑	ชุด	-

๑๑.๒)เอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ลำดับ	รายการเอกสารยื่น เพิ่มเติม	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
ไม่พบเอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม						

๑๒.ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม(บาท/ร้อยละ)
	ไม่มีค่าธรรมเนียม	

๑๓.ช่องทางการร้องเรียน

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำการบริการ
๑)	เทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา หมายเหตุ : ที่อยู่ของเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา ๑ ถนนจุลนันทน์ ตำบลหน้าเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา ๒๔๐๐๐ โทร: ๐๓๘ - ๕๑๑๐๒๗ ต่อ ๑๖๔ และ ๐๓๘-๐๘๖๑๔๓ (กองสวัสดิการสังคม)

คู่มือสำหรับประชาชน : การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : เทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา

กระทรวง : กระทรวงมหาดไทย

๑. ชื่อกระบวนการ : การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ : เทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา

๓. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

๔. หมวดหมู่ของงานบริการ : ขึ้นทะเบียน

๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง :

๑.) ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และฉบับที่ ๒ พ.ศ.๒๕๕๔ ฉบับที่ ๓ พ.ศ.๒๕๖๑ ฉบับที่ ๔ พ.ศ.๒๕๖๒

๖. ระดับผลกระทบ : บริการทั่วไป

๗. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน : การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

๘. ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ เทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา

เบอร์โทรศัพท์ ๐๓๘-๕๑๑๐๒๗ ต่อ ๑๖๔ ชั้น ๔ อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ เทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา
๐๓๘-๐๘๖๑๔๓ ชั้น ๑ ห้องกระจกอาคารเก็บพัสดุ (กองสวัสดิการสังคม)

ระยะเวลาให้บริการ เปิดให้บริการ วันจันทร์ - ศุกร์ ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

(ยกเว้นวันหยุดที่ราชการกำหนด)

E-service		One Stop Service	
ช่องทาง	ส่วนงานที่รับผิดชอบ	สถานที่ตั้ง	ส่วนงานที่รับผิดชอบ
ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี

๙. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้แก่คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ กำหนดให้ภายในเดือนพฤศจิกายนของทุกปีให้คนพิการ ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ใน ปีงบประมาณถัดไป ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาหรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด หลักเกณฑ์ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการโดยรับเงินสดด้วยตนเอง หรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี

ในกรณีที่คนพิการเป็นเยาว์ชนซึ่งมีผู้แทนโดยชอบ คนเสมือนไร้ความสามารถให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทน ดังกล่าว

วิธีการ

๑. คนพิการที่จะมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไป ให้คนพิการ หรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานที่และภายในระยะเวลา ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

๒. กรณีคนพิการได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในปีงบประมาณที่ผ่านมาให้ถือว่าเป็นผู้ได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้แล้ว

๓. กรณีคนพิการมีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการได้ย้ายที่อยู่ และยังคงประสงค์จะรับเงินเบี้ยความพิการต้องไปแจ้งต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป

๑๐. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ ระยะเวลาดำเนินการรวม ๓๐ นาที

ลำดับ	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑.)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยความพิการ ในปีงบประมาณถัดไปหรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ	๒๐ นาที	กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	(๑.ระยะเวลา :๒๐ นาที (๒.หน่วยงานผู้รับผิดชอบคือเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา)
๒.)	การพิจารณา	ออกไปรับลงทะเบียนตามแบบยื่นคำขอลงทะเบียนให้ผู้ลงทะเบียนหรือผู้รับมอบอำนาจ	๑๐ นาที	กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	(๑.ระยะเวลา : ๑๐ นาที (๒.หน่วยงานผู้รับผิดชอบคือเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา)

๑๑.รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑๑.๑)เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ลำดับ	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยรับ เอกสาร	หมายเหตุ
๑)	บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการพร้อมสำเนา	ศูนย์บริการคนพิการ สำนักงาน พัฒนาสังคม และความ มั่นคงของ มนุษย์	๑	๑	ชุด	-
๒)	ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา	ไม่มี	๑	๑	ชุด	-
๓)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีและผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการผ่านธนาคาร	ไม่มี	๑	๑	ชุด	-
๔)	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี (กรณียื่นคำขอแทน)	ไม่มี	๑	๑	ชุด	-
๕)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี (กรณีคนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบคนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาลแล้วแต่กรณีการยื่นคำขอแทนต้องแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว)	ไม่มี	๑	๑	ชุด	-

๑๑.๒)เอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ลำดับ	รายการเอกสารยื่น เพิ่มเติม	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยรับ เอกสาร	หมายเหตุ
ไม่พบเอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม						

๑๒.ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม(บาท/ร้อยละ)
	ไม่มีค่าธรรมเนียม	

๑๓. ช่องทางการร้องเรียน

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำการบริการ
๑)	เทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา หมายเหตุ : ที่อยู่ของเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา ๑ ถนนจูลนันนท์ ตำบลหน้าเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา ๒๔๐๐๐ โทร: ๐๓๘ - ๕๑๑๐๒๗ ต่อ ๑๖๔ และ ๐๓๘-๐๘๖๑๔๓ (กองสวัสดิการสังคม)

๑๔. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

ทะเบียนเลขที่...../๒๕.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเจ้าของกับคนพิการ
 ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา-มารดา บุตร สามี-ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ
 ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ)

เลขประจำตัวประชาชน --- ที่อยู่

โทรศัพท์

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....
วันที่ เดือน พ.ศ.

คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่นๆ (ระบุ)

ชื่อ วีรวิภากร นามสกุล วังดม

เกิดวันที่ 10 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2509 อายุ 60 ปี สัญชาติ ไทย มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่ 1 หมู่ที่ ต.รอก/ชอย ถนน จอนนท หมู่บ้าน/ชุมชน

ตำบล หน้าเมือง อำเภอ เมืองฉะเชิงเทรา จังหวัด ฉะเชิงเทรา

รหัสไปรษณีย์ ๒๔๐๐๐ โทรศัพท์ 078-511027

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ ๑-๑๐๑๐๑-๑๐๑๐๑-๐๑๐-๑

ประเภทความพิการ ความพิการทางการเห็น ความพิการทางสติปัญญา
 ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้
 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางออกัสติก
 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ โทรศัพท์

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา)
 เข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ

ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อื่นๆ (ระบุ)

มีอาชีพ (ระบุ) รายได้ต่อเดือน (ระบุ) (บาท)

มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคาร กสิวิทย์ สาขา ฉะเชิงเทรา เลขที่บัญชี ๑๑๑๑๑-๑๑๑๑๑-๑๑

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) วีรวิภากร วังดม ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ได้รับทะเบียน

(ลายเซ็น วีรวิภากร วังดม) (.....)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ไม่ส่ง หน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : เทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา

กระทรวง : กระทรวงมหาดไทย

๑. ชื่อกระบวนการ : การขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ : สำนักงานส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมและการมีส่วนร่วม

๓. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

๔. หมวดยุทธศาสตร์ของงานบริการ : รับแจ้ง

๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง :

๑.) ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘

๖. ระดับผลกระทบ : บริการทั่วไป

๗. พื้นที่ให้บริการ : ท้องถิ่น

๘. กฎหมายข้อบังคับ / ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา - ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด
 ฯลฯ : ๐ วัน

๙. ข้อมูลสถิติ

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๐

จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๐

จำนวนคำขอน้อยที่สุด ๐

๑๐. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน (สำเนาคู่มือประชาชน) การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๒๒/๐๕/๒๕๕๘ ๑๖:๔๗

๑๑. ช่องทางการให้บริการ

๑) สถานที่ให้บริการ ๑ สำนักงานเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา ถนนจุลละนันทน์ ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา ๒๔๐๐๐ เบอร์โทรติดต่อ ๐๓๘-๕๑๑๐๒๗ ต่อ ๑๖๔ (กองสวัสดิการสังคม) ระยะเวลาเปิดให้บริการเปิดให้บริการวันจันทร์-ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

๑๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ที่ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการได้

หลักเกณฑ์

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

๑.เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว

๒.มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๓.มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพ หรือถูกทอดทิ้งหรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่าผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือผู้ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณา

วิธีการ

๑.ผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการได้

๒.ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่โดยพิจารณาจากความเดือดร้อนเป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือเป็นผู้อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ

๓.กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

๑๓. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์หรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้อง ขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ	45 นาที	กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	๑.ระยะเวลา : 45 นาที (ระยะเวลาจริง) ๒.หน่วยงานที่รับผิดชอบคือ เทศบาล...(ระบุชื่อ) / องค์การบริหารส่วนตำบล...(ระบุชื่อ) / เมืองพัทยา
๒	การพิจารณา	ออกใบนัดหมายตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติ	15 นาที	กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	(๑.ระยะเวลา : ๑๕ นาที (ระบุระยะเวลาจริง) ๒.หน่วยงานผู้รับผิดชอบคือ เทศบาล...(ระบุชื่อ) / องค์การบริหารส่วนตำบล...(ระบุชื่อ) / เมืองพัทยา
๓.	การพิจารณา	ตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์	3 วัน	กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	(๑.ระยะเวลา : ไม่เกิน 3 วันนับจากได้รับคำขอ (ระบุระยะเวลาจริง) ๒.หน่วยงานผู้รับผิดชอบคือ เทศบาล...(ระบุชื่อ) / องค์การบริหารส่วนตำบล...(ระบุชื่อ) / เมืองพัทยา

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๔.	การพิจารณา	จัดทำระเบียบประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณา	2 วัน	กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	(๑.ระยะเวลา : ไม่เกิน 2 วัน นับจากการออกตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่(ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง) ๒.หน่วยงานผู้รับผิดชอบคือเทศบาล...(ระบุชื่อ) / องค์การบริหารส่วนตำบล...(ระบุชื่อ) / เมืองพัทยา
๕.	การพิจารณา	พิจารณาการอนุมัติ	7 วัน	กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	(๑.ระยะเวลา : ไม่เกิน 7 วัน นับแต่วันที่ยื่นคำขอ(ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง) ๒.ผู้รับผิดชอบคือผู้บริหารองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ๓.กรณีมีข้อขัดข้องเกี่ยวกับการพิจารณาได้แก่สภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติหรือข้อจำกัดด้านงบประมาณจะแจ้งเหตุขัดข้องที่ไม่สามารถให้การสงเคราะห์ให้ผู้ขอทราบไม่เกินระยะเวลาที่กำหนด

ระยะเวลาดำเนินการรวม 13 วัน

๑๔.งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

๑๕.รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑๕.๑)เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยรับเอกสาร	หมายเหตุ
๑)	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา	-	1	1	ชุด	-
๒)	ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา	-	1	1	ชุด	-
๓)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา(กรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร	-	1	1	ชุด	-

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วย นับ เอกสาร	หมายเหตุ
๔)	หนังสือมอบอำนาจ(กรณีมอบอำนาจให้ ดำเนินการแทน)	-	1	0	ชุด	-
๕)	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้ โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา ของผู้รับมอบอำนาจ(กรณีมอบอำนาจ)	-	1	1	ชุด	
๖)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของ ผู้รับมอบอำนาจ(กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคารผู้รับ มอบอำนาจ)	-	1	1	ชุด	-

๑๖. ค่าธรรมเนียม

ไม่มีข้อมูลค่าธรรมเนียม

๑๗. ช่องทางการร้องเรียน

๑) ช่องทางการร้องเรียน สำนักงานเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา

หมายเหตุ : ที่อยู่ของเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา ๑ ถนนจุลละนันทน์ ตำบลหน้าเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา
๒๔๐๐๐ โทร: ๐๓๘ - ๕๑๑๐๒๗ ต่อ ๑๖๔ (กองสวัสดิการสังคม)

๒) ช่องทางการร้องเรียน เว็บไซต์ : www.nakornnont.go.th

หมายเหตุ -

๑๘. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

เลขทะเบียนที่...../25.....
เขียนที่ สำนักงานเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอบขออนุมัติรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

เรียน นายกเทศมนตรีเมืองฉะเชิงเทรา

ข้าพเจ้า นาง รวีจิตา รังคม อยู่บ้านเลขที่ 1 ถนน ลพรัตน์
ชุมชน..... ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา โทรศัพท์ 0๖8-511๐2๙
มีความประสงค์ ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งข้าพเจ้ามีคุณสมบัติ ตามระเบียบที่ได้กำหนด ฯ
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ๐-๐๐๐๐-๐๐๐๐๐-๐๐-๐ อายุ 60 ปี
(ลงเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความคุณสมบัติที่ถูกต้อง)
 พักอาศัยและมีทะเบียนบ้านอยู่ในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา
 เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
 มีสภาพความเป็นอยู่ยากจนหรือถูกทอดทิ้ง
 ขาดผู้อุปการะดูแล / ผู้อุปการะดูแลมีฐานะยากจน
 ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ / ไม่มีรายได้ประจำ
 ไม่เป็นข้าราชการ / ข้าราชการบำนาญ
 ไม่เป็นบุตรของข้าราชการ / ไม่มีบุตรรับราชการ

ขอรับรองว่าคุณสมบัติข้างต้นของข้าพเจ้า รวม.....2.....ข้อ ถูกต้องตามความเป็นจริง ทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อขอให้ท่านได้โปรดสั่งเจ้าหน้าที่ดำเนินการตามความประสงค์ของข้าพเจ้าต่อไปด้วย

เรียน นายกเทศมนตรี
เรียน ปลัดเทศบาล
เรียน ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม
เรียน หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมและสวัสดิการสังคม

ขอแสดงความนับถือ
นาง รวีจิตา รังคม
(นาง รวีจิตา รังคม)
ผู้ป่วยเอดส์