



คู่มือปฏิบัติงาน

ด้านสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์

กองสวัสดิการสังคม

เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์

อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี

คำนำ

คู่มือการปฏิบัติงานด้านสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการปฏิบัติงาน สำหรับภารกิจด้านสวัสดิการผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยเอดส์ และเด็กแรกเกิดโดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติงาน ขั้นตอนกระบวนการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การปฏิบัติงานตามภารกิจดังกล่าวเป็นไปตามระเบียบ และหนังสือสั่งการที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ เกิดความรู้ ความเข้าใจในภารกิจ ลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน และสามารถให้บริการประชาชนผู้มาติดต่อราชการ ได้อย่างสะดวกรวดเร็ว ลดความเสี่ยงในการเกิดข้อผิดพลาดและความเสียหาย อันจะเกิดระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ หรือการละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบที่อาจส่งผลกระทบหรือส่งผลเสียหายต่อประชาชน ในพื้นที่ ตลอดจนเพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติงานด้านสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ดังกล่าวให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

กองสวัสดิการสังคม
เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
การยืนยันสิทธิรับเบี้ยยังชีพ “ผู้สูงอายุ”	1
บัตรประจำตัวคนพิการ	9
การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงิน“เบี้ยความพิการ”	20
การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงิน“สงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์”	27
การยื่นคำร้องขอลงทะเบียนขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด	36
การสนับสนุนการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี	46
กองทุนสวัสดิการชุมชนเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์	57
กลุ่มสตรีเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์	64



การยืนยันสิทธิรับเบี้ยยังชีพ “ผู้สูงอายุ”

การยืนยันสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2566 กำหนดให้บุคคลใดที่มีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ ให้ยืนยันสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยไม่ต้องลงทะเบียน และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอำนวยความสะดวกโดยแจ้งไปยังผู้สูงอายุที่มีสิทธิ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

1. มีสัญชาติไทย
2. มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์
3. มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้ยืนยันสิทธิขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์
4. เป็นผู้ไม่มีรายได้ หรือมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุกำหนด

เอกสารหลักฐานในการยืนยันสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	จำนวน	1	ฉบับ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน	จำนวน	1	ฉบับ
3. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร	จำนวน	1	ฉบับ

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

กรณีผู้สูงอายุไม่สามารถดำเนินการลงทะเบียนด้วยตนเองได้ สามารถมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยืนยันสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์ โดยมีเอกสารประกอบ ดังนี้

1. หนังสือมอบอำนาจ	จำนวน	1	ฉบับ
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ (ผู้สูงอายุ)	จำนวน	1	ฉบับ
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ	จำนวน	1	ฉบับ
4. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มอบอำนาจ (ผู้สูงอายุ)	จำนวน	1	ฉบับ
5. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ	จำนวน	1	ฉบับ
6. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ผู้สูงอายุ หรือผู้รับมอบอำนาจ)	จำนวน	1	ฉบับ

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

กรณีที่ผู้สูงอายุได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้ว และได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์ ให้ผู้สูงอายุมายืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์อีกครั้งหนึ่ง และเมื่อได้ดำเนินการยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแล้ว ให้เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์ดำเนินการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในเดือนถัดไป

การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ชั้น	ช่วงอายุ	จำนวนเงิน
ชั้นที่ 1	60 - 69 ปี	600 บาท
ชั้นที่ 2	70 - 79 ปี	700 บาท
ชั้นที่ 3	80 - 89 ปี	800 บาท
ชั้นที่ 4	90 ปีขึ้นไป	1,000 บาท

การสิ้นสุดการได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

1. ตาย
2. ขาดคุณสมบัติ
3. แจ้งสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
4. ย้ายทะเบียนบ้านไปนอกเขตเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์

ขั้นตอนการยืนยันสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมายืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุพร้อมเอกสารหลักฐาน
ณ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์
(วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เว้นวันหยุดราชการ ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น.)
(ใช้เวลาประมาณ 3 นาที)



- เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน
 - สอบถามข้อมูล
 - บันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพของอปท.
- (ใช้เวลาประมาณ 3 นาที)



รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
(ใช้เวลาประมาณ 1 วัน)



เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหารฯ)
(ใช้เวลาประมาณ 1 วัน)



ประกาศรายชื่อผู้มายืนยันสิทธิฯ ในแต่ละเดือน
(เป็นระยะเวลา 15 วัน)



กรมบัญชีกลางโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารของผู้สูงอายุทุกวันที่ 10 ของเดือน

แบบคำขอยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ยืนยันสิทธิ
ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....

เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ ---

ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

ชื่อ..... นามสกุล.....

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

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

ตำบล..... นาจอมเทียน..... อำเภอ..... สัตหีบ..... จังหวัด.....ชลบุรี..... รหัสไปรษณีย์..... 20250

โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ ---

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

อาชีพ..... รายได้ต่อเดือน.....(บาท)

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

☐ ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

☐ ได้รับเงินเบี้ยความพิการ

☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง

☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

☐ ทะเบียนบ้าน

☐ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

☐ บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

บัญชีเลขที่..... ชื่อบัญชี.....

☐ "ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ณ วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ"

☐ "ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ"

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับยืนยันสิทธิ

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับยืนยันสิทธิ เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติในการยืนยันสิทธิ ครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ไม่ตรงคุณสมบัติ ณ วันที่มีสิทธิได้รับ เงินเบี้ยยังชีพ ☐ เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับยืนยันสิทธิ	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีตำบลเขาชีจรรย์ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับยืนยันสิทธิ ☐ ไม่สมควรรับยืนยันสิทธิ กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)
คำสั่ง ☐ รับยืนยันสิทธิ ☐ ไม่รับยืนยันสิทธิ ☐ อื่น ๆ (ลงชื่อ) (.....) นายกเทศมนตรีตำบลเขาชีจรรย์ วัน/เดือน/ปี	

..... ตัดตามรอยประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอยืนยันสิทธิเก็บเพื่อเป็นหลักฐานการยืนยันสิทธิ

ยื่นแบบคำขอยืนยันสิทธิเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

การยืนยันสิทธิครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วน และตามช่วงระยะเวลาในการยืนยันสิทธิ ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน โดยได้รับตั้งแต่เดือน.....

พ.ศ. เป็นต้นไป กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปยืนยันสิทธิยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่โดยทันที ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสหสิทธิให้ต่อเนื่อง

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำขอ/รับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและเบี้ยความพิการ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน
เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....เกี่ยวพันเป็น.....
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....ออกให้ ณ
เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

- เป็นผู้มีอำนาจ ☐ ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ
☐ รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านบัญชีธนาคาร แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ
☐ ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ
☐ รับเงินเบี้ยความพิการผ่านบัญชีธนาคาร แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

ใบคำร้อง

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
หมายเลขโทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอเปลี่ยนแปลงวิธีการรับเงินเบี้ยยังชีพ ☐ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ เบี้ยความพิการ
☐ เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
จากเดิม
☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดมอบอำนาจให้.....
☐ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....ธนาคาร.....
สาขา.....

เปลี่ยนเป็น
☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดมอบอำนาจให้.....
☐ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....ธนาคาร.....
สาขา.....

เหตุผลและความจำเป็น
เนื่องจาก

โดยข้าพเจ้าได้แนบหนังสือมอบอำนาจมาพร้อมคำร้องฉบับนี้แล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับคำร้อง
(.....)

ตำแหน่ง.....



บัตรประจำตัวคนพิการ

และ

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงิน

“เบี้ยความพิการ”

บัตรประจำตัวคนพิการ

ตามระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ การออกบัตรและการกำหนดเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตรประจำตัวคนพิการ การกำหนดสิทธิหรือการเปลี่ยนแปลงสิทธิและการขอสละสิทธิของคนพิการ และอายุบัตรประจำตัวคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๖ กำหนดการออกบัตรประจำตัวคนพิการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน

การยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

ดำเนินการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการด้วยตนเองได้ที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด/อำเภอที่มีศูนย์บริการแบบเบ็ดเสร็จ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หน่วยงานอื่น ๆ ของรัฐตามที่ผู้ว่าราชการจังหวัดประกาศกำหนด หรือติดต่อที่กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์ ให้เป็นผู้ประสานการทำบัตรประจำตัวคนพิการ

คุณสมบัติของคนพิการที่ยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

1. มีสัญชาติไทย
2. บุคคลที่ยังไม่ได้แจ้งเกิด หรือบุคคลที่ไม่ปรากฏแน่ชัดว่าสัญชาติไทยต้องดำเนินการตามขั้นตอนตามพระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎรพ.ศ.2534 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) ก่อน

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

1. เอกสารหลักฐานของคนพิการ

- | | | | |
|---|-------|---|------|
| 1.1 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| หรือสำเนาสูติบัตรของคนพิการ (สำหรับผู้ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี) | | | |
| 1.2 สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 1.3 รูปถ่ายคนพิการขนาด 1 นิ้ว (ถ่ายมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน) | จำนวน | 2 | รูป |
| 1.4 เอกสารรับรองความพิการ ซึ่งรับรองโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| ของสถานพยาบาลรัฐหรือเอกชนที่อธิบดีประกาศกำหนด (ฉบับจริง) | | | |
| 1.5 สภาพความพิการเป็นที่เห็นได้โดยประจักษ์ ให้ถ่ายสภาพความพิการไว้เป็นหลักฐาน | | | |

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับ คนพิการที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

2. เอกสารหลักฐานของผู้ดูแลคนพิการ (เป็นผู้ซึ่งมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเดียวกันกับคนพิการ หรือเป็นผู้ดูแลคนพิการซึ่งคนพิการอาศัยอยู่ด้วยตามความเป็นจริง)

- | | | | |
|---------------------------------------|-------|---|------|
| 2.1 สำเนาบัตรประชาชนของผู้ดูแลคนพิการ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 2.2 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ | จำนวน | 1 | ฉบับ |

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับ ผู้ดูแลคนพิการที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

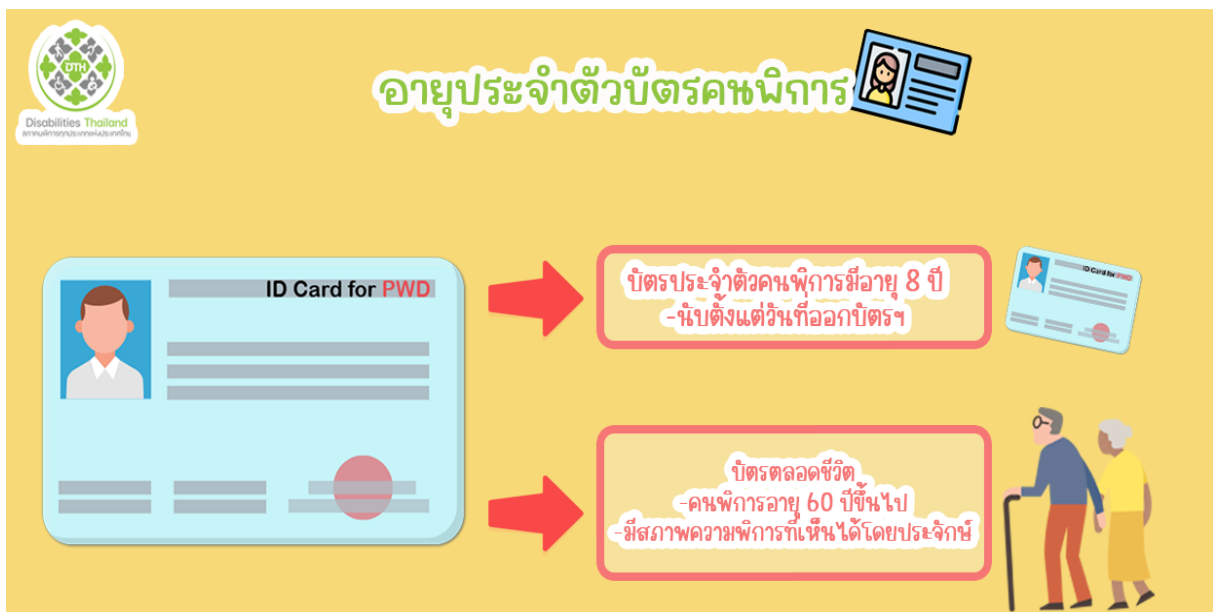
กรณีคนพิการกับผู้ดูแลคนพิการคนใหม่อยู่คนละทะเบียนบ้านกัน ต้องมีหนังสือรับรอง (ติดต่อกับได้ที่กองสวัสดิการสังคม) ว่าเป็นผู้ดูแลคนพิการจริง โดยให้กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกสภาท้องถิ่น ประธานชุมชน ลูกจ้างประจำ (หน่วยงานราชการ, รัฐวิสาหกิจ) เป็นผู้รับรอง พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวของผู้รับรอง (ลงลายมือชื่อสำเนาถูกต้อง) จำนวน 1 ฉบับ โดยผู้รับรองต้องอาศัยอยู่หรือปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่เดียวกับคนพิการอาศัยอยู่ในปัจจุบัน

กรณีคนพิการเป็นผู้เยาว์ คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือคนไร้ความสามารถ หรือมีความพิการมาก ไม่สามารถดำเนินการยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการด้วยตนเองได้ สามารถให้ผู้ปกครอง ผู้ดูแล หรือมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการแทนได้ โดยมีเอกสารประกอบ ดังนี้

- | | | | |
|---|-------|---|------|
| 1. หนังสือมอบอำนาจ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ (คนพิการ) | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| หรือสำเนาสูติบัตรของคนพิการ (สำหรับผู้ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี) | | | |
| 3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 4. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มอบอำนาจ (คนพิการ) | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 5. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ | จำนวน | 1 | ฉบับ |

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการที่ไม่สามารถเขียนได้ ให้พิมพ์ลายมือแทน

เมื่อคนพิการหรือผู้รับมอบอำนาจทำการยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการแล้ว เจ้าหน้าที่กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์ จะดำเนินการส่งเอกสารหลักฐานต่าง ๆ ไปที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชลบุรี หรือหน่วยงานอื่น ๆ ของรัฐตามที่ผู้ว่าราชการจังหวัดประกาศกำหนด เพื่อให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการบันทึกข้อมูลและออกบัตรประจำตัวคนพิการ เมื่อแล้วเสร็จเจ้าหน้าที่กองสวัสดิการสังคม จะทำการติดต่อให้คนพิการหรือผู้รับมอบอำนาจมารับบัตรประจำตัวคนพิการ เพื่อดำเนินการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการต่อไป



การยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการใหม่ เนื่องจากบัตรเดิมหมดอายุ ชำรุด สูญหาย มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์ ขอให้คนพิการและผู้ดูแลตรวจสอบวันหมดอายุของบัตรประจำตัวคนพิการ กรณีบัตรประจำตัวคนพิการหมดอายุ กรมบัญชีกลางจะระงับการจ่ายเบี้ยยังชีพคนพิการจนกว่าจะดำเนินการต่ออายุบัตรประจำตัว หากตรวจสอบแล้วพบว่าบัตรประจำตัวคนพิการของตนหมดอายุให้เร่งดำเนินการต่ออายุทันที และให้แจ้งข้อมูลของบัตรประจำตัวคนพิการฉบับใหม่กับเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์เพื่อจะดำเนินการปรับปรุงฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบันและจะได้รับสิทธิ์เบี้ยยังชีพคนพิการต่อไป

โดยสามารถยื่นล่วงหน้าก่อนวันหมดอายุ 1 เดือน และยื่นหลังจากหมดอายุไม่เกิน 1 ปี ถ้าเกิน 1 ปีต้องดำเนินการขอเอกสารรับรองความพิการใหม่

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการใหม่

- | | | | |
|---|-------|---|------|
| 1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| หรือสำเนาสูติบัตรของคนพิการ (สำหรับผู้ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี) | | | |
| 2. สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 3. รูปถ่ายคนพิการขนาด 1 นิ้ว (ถ่ายมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน) | จำนวน | 2 | รูป |
| 4. บัตรคนพิการที่หมดอายุแล้ว | | | |

หมายเหตุ: 1) สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับ คนพิการที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน
2) กรณีมีผู้ดูแลอยู่แล้วและไม่ประสงค์เปลี่ยนแปลงผู้ดูแล ไม่ต้องยื่นเอกสารของผู้ดูแล

กรณีคนพิการเป็นผู้เยาว์ คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือคนไร้ความสามารถ หรือมีความพิการมากไม่สามารถดำเนินการยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการใหม่ด้วยตนเองได้ สามารถให้ผู้ปกครอง ผู้ดูแล หรือมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการใหม่แทนได้ โดยมีเอกสารประกอบ ดังนี้

- | | | | |
|---|-------|---|------|
| 1. หนังสือมอบอำนาจ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ (คนพิการ) | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| หรือสำเนาสูติบัตรของคนพิการ (สำหรับผู้ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี) | | | |
| 3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 4. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มอบอำนาจ (คนพิการ) | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 5. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ | จำนวน | 1 | ฉบับ |

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

การเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ

การดำเนินการเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ ต้องได้รับการยินยอมจากคนพิการและผู้ดูแลเดิม สามารถติดต่อได้ที่สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชลบุรี หรือติดต่อที่กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอการเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ

1. เอกสารหลักฐานของคนพิการ

1.1 บัตรประจำตัวคนพิการ (ตัวจริง)

1.2 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการ จำนวน 1 ฉบับ
หรือสำเนาสูติบัตรของคนพิการ (สำหรับผู้ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี)

1.2 สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ จำนวน 1 ฉบับ

1.3 รูปถ่ายคนพิการขนาด 1 นิ้ว (ถ่ายมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน) จำนวน 2 รูป

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับ คนพิการที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

2. เอกสารหลักฐานของผู้ดูแลคนพิการคนเดิม

2.1 สำเนาบัตรประชาชนของผู้ดูแลคนพิการคนเดิม จำนวน 1 ฉบับ

2.2 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการคนเดิม จำนวน 1 ฉบับ

2.3 สำเนาใบมรณะ (กรณีผู้ดูแลคนเดิมเสียชีวิต) จำนวน 1 ฉบับ

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับ ผู้ดูแลคนพิการที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

3. เอกสารหลักฐานของผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ (เป็นผู้ซึ่งมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเดียวกันกับคนพิการ หรือเป็นผู้ดูแลคนพิการซึ่งคนพิการอาศัยอยู่ด้วยตามความเป็นจริง)

3.1 หนังสือยินยอมให้เปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ จำนวน 1 ฉบับ

3.2 สำเนาบัตรประชาชนของผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ จำนวน 1 ฉบับ

3.3 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ จำนวน 1 ฉบับ

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับ ผู้ดูแลคนพิการที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

กรณีคนพิการกับผู้ดูแลคนพิการคนใหม่อยู่คนละทะเบียนบ้านกัน ต้องมีหนังสือรับรอง (ติดต่อรับได้ที่กองสวัสดิการสังคม) ว่าเป็นผู้ดูแลคนพิการจริง โดยให้กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกสภาท้องถิ่น ประธานชุมชน ลูกจ้างประจำ (หน่วยงานราชการ, รัฐวิสาหกิจ) เป็นผู้รับรอง พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวของผู้รับรอง (ลงลายมือชื่อสำเนาถูกต้อง) จำนวน 1 ฉบับ โดยผู้รับรองต้องอาศัยอยู่หรือปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่เดียวกับคนพิการอาศัยอยู่ในปัจจุบัน



แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปถ่าย
คนพิการ

หน่วยงานรับคำขอ.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

☐ ขอมีบัตรครั้งแรก

☐ ขอมีบัตรเนื่องจาก ☐ บัตรเดิมหมดอายุ ☐ ขำรุต
☐ สูญหาย ☐ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ
☐ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

๑.๑ คำนานนาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่น ๆ (ระบุ)

๑.๒ ชื่อ..... นามสกุล.....

๑.๓ เกิดเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน - - - -

๑.๕ ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่น ๆ (ระบุ)

๑.๖ สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ หม้าย

๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

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

มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....

๑.๘ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

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

มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....

๑.๙ การศึกษา

☐ ไม่ได้เรียน

จบการศึกษาชั้นสูงสุด

☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

☐ อนุปริญญา ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

☐ ปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

☐ สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

☐ อื่น ๆ (ระบุ)

๑.๑๐ อาชีพ

☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....

ประกอบอาชีพ

☐ เกษตรกรรม ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ ลูกจ้างเอกชน

☐ รับจ้างทั่วไป ☐ ธุรกิจส่วนตัว ☐ อาชีพอื่น ๆ (ระบุ).....

๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ.....บาท/เดือน

๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว).....บาท

๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี)คน

๑.๑๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

- ☐ ทางกาเห็น ☐ ทางกาได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ทางกาเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
☐ ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ ทางสติปัญญา ☐ ทางการเรียนรู้ ☐ ทางอหิสติก

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ☐ ไม่มี ☐ มี (กรอกข้อมูลข้อ ๓.๒)

๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(๑) คำนานี้ นาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ(ระบุ)

(๒) ชื่อ..... นามสกุล.....

(๓) เลขประจำตัวประชาชน - - - -

เลขหนังสือเดินทาง (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)

(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ☐ บิดมารดา ☐ บุตร ☐ สามเณรภรรยา ☐ พี่น้อง
☐ ปู่ย่าตายาย ☐ ลูกป้า น้า ☐ บุคคลอื่น (ระบุ).....

(๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

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

มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....

(๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล..... บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ.....

(.....)

คนพิการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน

เลขประจำตัวประชาชน - - - -

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีครบถ้วน ☐ เห็นควร ☐ ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

☐ อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ

☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

☐ ความเห็นอื่น ๆ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

หนังสือมอบอำนาจ

เรื่อง.....การขอมิบัติประจำตัวคนพิการ.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....๒๕.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... ซอย.....

หมู่..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

ได้มอบอำนาจให้.....

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... ซอย.....

หมู่..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจดำเนินการขอมิบัติประจำตัวคนพิการ กรณีการต่ออายุบัตร กรณีบัตรสูญหาย กรณีบัตรชำรุด กรณีเปลี่ยนแปลงสาระสำคัญบัตรประจำตัวคนพิการ หรือการอื่นใดแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการ ด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

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

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน
(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ ๑. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน

๒. พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ อย่างละ ๑ ชุด

ใบมอบอำนาจทำบัตรประจำตัวคนพิการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เขียนที่.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

ซึ่งเป็นผู้พิการ อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

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

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่..... ออกเมื่อวันที่..... วันหมดอายุ.....

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

เกี่ยวข้องกับคนพิการเป็น..... อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....เป็นผู้ดำเนินการ

☐ ทำบัตรประจำตัวคนพิการ / ต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ / แทนข้าพเจ้า

☐ เพิ่มผู้ดูแล ชื่อ-สกุล..... เป็นผู้ดูแลข้าพเจ้า

☐ เปลี่ยนผู้ดูแล จากเดิม ชื่อ-สกุล.....
เปลี่ยนเป็น ชื่อ-สกุล.....บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

☐ อื่นๆ.....

แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจของข้าพเจ้าได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการเองด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ (ผู้พิการ)

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

****แนบสำเนาบัตรประชาชนพร้อมลงลายมือชื่อทุกคน****

หมายเหตุ - การรับรองเอกสารอันเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา

หนังสือยินยอมให้เปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....

ออกให้โดย.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....

ในฐานะเป็น ผู้พิการ เดิมมี นาย/นาง/นางสาว.....เป็นผู้ดูแลพิการ มีชื่อที่ปรากฏ
ในบัตรประจำตัวคนพิการ

ข้าพเจ้ายินยอมให้เปลี่ยนแปลงผู้ดูแลใหม่ จากเดิม นาย/นาง/นางสาว.....

เปลี่ยนเป็น นาย/นาง/นางสาว.....

บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....

โดยผู้ดูแลคนพิการคนใหม่มีความเกี่ยวพันเป็น.....กับผู้พิการ เพื่อให้ใช้หนังสือฉบับนี้เป็น

หลักฐานประกอบการขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อผู้ยินยอม

(.....)

ผู้พิการ

ลงชื่อ.....ผู้ดูแลใหม่

(.....)

แนบสำเนาบัตรประชาชนพร้อมลงลายมือชื่อ } ลงชื่อ.....ผู้ดูแลเดิม
(.....)

หมายเหตุ : การรับรองเอกสารอันเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางและทางอาญา

หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ชื่อผู้รับรอง).....อายุ.....ปี
บัตรประจำตัวข้าราชการ/บัตรประจำตัวพนักงาน เลขที่.....
ตำแหน่ง..... ออกให้โดย.....
วันหมดอายุ..... มีสถานภาพเป็น

- ☐ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ☐ ข้าราชการ ☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ สมาชิกสภาท้องถิ่น
☐ ประธานชุมชน ☐ พนักงานราชการ ☐ ลูกจ้างประจำ (ของหน่วยงานราชการ, รัฐวิสาหกิจ)

อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
โทรศัพท์..... ซึ่งอาศัย หรือปฏิบัติหน้าที่ อยู่ในพื้นที่เดียวกันกับคนพิการพักอาศัยอยู่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า (ชื่อผู้ดูแล).....
เป็นผู้ดูแลคนพิการชื่อ (ชื่อคนพิการ).....เลขประจำตัวประชาชน
.....-.....-.....จริง โดยผู้ดูแลคนพิการ มีความเกี่ยวพันเป็น.....
กับคนพิการ และเป็นผู้ดูแลคนพิการ ซึ่งปัจจุบันพักอาศัยอยู่บ้านหลังเดียวกันจริง ทั้งนี้เพื่อให้หนังสือรับรองฉบับนี้
เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา

- ☐ ออกบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ เปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ ☐ เพิ่มชื่อผู้ดูแลคนพิการ

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

แนบสำเนาบัตรประจำตำแหน่ง พร้อมลงลายมือชื่อ กรณีไม่มีบัตรประจำตำแหน่ง ให้ใช้หนังสือแต่งตั้งและ สำเนาบัตรประชาชนพร้อมลงลายมือชื่อ	}	ลงชื่อ.....ผู้รับรอง (.....) ตำแหน่ง.....
พยานแนบสำเนาบัตรประชาชนพร้อมลงลายมือชื่อ		ลงชื่อ.....พยาน (.....) ลงชื่อ.....พยาน (.....)

หมายเหตุ :

- บัตรประจำตัวกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกสภาท้องถิ่น ประธานชุมชน
พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พร้อมรับรองสำเนาบัตรประจำตัวมาด้วย
- การรับรองเอกสารอันเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม กำหนดให้คนพิการที่ได้จดทะเบียนคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา และมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป

คุณสมบัติของคนพิการที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการ

1. มีสัญชาติไทย
2. มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์
3. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
4. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

เอกสารหลักฐานในการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

1. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ	จำนวน	1	ฉบับ
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	จำนวน	1	ฉบับ
3. สำเนาทะเบียนบ้าน	จำนวน	1	ฉบับ
4. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร	จำนวน	1	ฉบับ

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับ คนพิการที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

กรณีที่คนพิการไม่สามารถดำเนินการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองได้ สามารถมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการแทนได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับกองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์ โดยมีเอกสารประกอบ ดังนี้

1. หนังสือมอบอำนาจ	จำนวน	1	ฉบับ
2. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ	จำนวน	1	ฉบับ
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ (คนพิการ)	จำนวน	1	ฉบับ
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ	จำนวน	1	ฉบับ
4. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มอบอำนาจ (คนพิการ)	จำนวน	1	ฉบับ
5. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ	จำนวน	1	ฉบับ
6. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (คนพิการ หรือผู้รับมอบอำนาจ)	จำนวน	1	ฉบับ

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับ คนพิการที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

กรณีที่คนพิการได้รับเงินเบี้ยความพิการอยู่แล้ว และได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์ ให้คนพิการมาลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการที่เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์อีกครั้งหนึ่งและให้ได้รับเบี้ยความพิการจากเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์ในเดือนถัดไป ทั้งนี้ ต้องได้รับการยืนยันจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมที่จ่ายเงินเบี้ยความพิการเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน

การจ่ายเงินเบี้ยความพิการ



การสิ้นสุดการได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

1. ตาย
2. ขาดคุณสมบัติ
3. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยความพิการ
4. ย้ายทะเบียนบ้านไปนอกเขตเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์

ขั้นตอนการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

คนพิการมาลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการพร้อมเอกสารหลักฐาน
ณ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์
(วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เว้นวันหยุดราชการ ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น.)
(ใช้เวลาประมาณ 3 นาที)



- เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน
 - สอบถามข้อมูล
 - บันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพของอปท.
- (ใช้เวลาประมาณ 3 นาที)



รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
(ใช้เวลาประมาณ 1 วัน)



เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)
(ใช้เวลาประมาณ 1 วัน)



ประกาศรายชื่อผู้มาลงทะเบียนและยื่นคำขอฯ ในแต่ละเดือน
(เป็นระยะเวลา 15 วัน)



กรมบัญชีกลางโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารของคนพิการทุกวันที่ 10 ของเดือน

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา - มารดา ☐ บุตร ☐ สามเ - ภรรยา ☐ พี่-น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ ☐ อื่น ๆ

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ)

เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ ที่อยู่

..... โทรศัพท์

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

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

ชื่อ..... นามสกุล.....

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

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

ตำบล..... นวจอมเทียน..... อำเภอ..... สัตหีบ..... จังหวัด.....ชลบุรี..... รหัสไปรษณีย์..... 20250..... โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้

☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางออกัสติค

☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

อาชีพ..... รายได้ต่อเดือน..... (บาท)

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

☐ ได้รับเงินเบี้ยความพิการ ☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร) ☐ บัตรประจำตัวคนพิการ

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

☐ บัญชีเงินฝากธนาคาร

บัญชีเลขที่..... ชื่อบัญชี.....

☐ "ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หาก

ข้อความ และเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย"

☐ "ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอมให้

ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ"

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ เด็กชาย/เด็กหญิง/นาย/นาง/นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีตำบลเขาชีจรรย์ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)
--	---

คำสั่ง
☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่น ๆ
.....

(ลงชื่อ)
(.....)
นายกเทศมนตรีตำบลเขาชีจรรย์
วัน/เดือน/ปี

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.
การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยจะได้รับเงิน
เบี้ยความพิการตั้งแต่เดือน..... พ.ศ. ในอัตราเดือนละ..... บาท ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน
กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
แห่งใหม่โดยทันที ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำขอ/รับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและเบี้ยความพิการ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน
เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....เกี่ยวพันเป็น.....
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....ออกให้ ณ
เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

- เป็นผู้มีอำนาจ ☐ ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ
☐ รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านบัญชีธนาคาร แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ
☐ ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ
☐ รับเงินเบี้ยความพิการผ่านบัญชีธนาคาร แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

ใบคำร้อง

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
หมายเลขโทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอเปลี่ยนแปลงวิธีการรับเงินเบี้ยยังชีพ ☐ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ เบี้ยความพิการ
☐ เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
จากเดิม
☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดมอบอำนาจให้.....
☐ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....ธนาคาร.....
สาขา.....

เปลี่ยนเป็น
☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดมอบอำนาจให้.....
☐ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....ธนาคาร.....
สาขา.....

เหตุผลและความจำเป็น
เนื่องจาก

โดยข้าพเจ้าได้แนบหนังสือมอบอำนาจมาพร้อมคำร้องฉบับนี้แล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับคำร้อง
(.....)

ตำแหน่ง.....



การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงิน “สงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์”

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2548 กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนเองมีภูมิลำเนาอยู่

คุณสมบัติผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

1. มีสัญชาติไทย
2. มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์
3. มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้
4. ได้รับการรับรองและวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์**

**** ต้องวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์แล้วเท่านั้น หากแต่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV จะยังไม่ถือว่ามียาต้านไวรัส**

หมายเหตุ : 1) ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาซับซ้อน หรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐจะเป็นผู้ได้รับการพิจารณา

2) กรณีผู้ป่วยเอดส์เป็นผู้สูงอายุและคนพิการด้วย สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด

เอกสารหลักฐานในการขึ้นทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

- | | | | |
|--|-------|---|------|
| 1. ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลแห่งรัฐรับรองว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ (ฉบับจริง) | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 3. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 4. สำเนาสมุดเงินฝากบัญชีธนาคาร | จำนวน | 1 | ฉบับ |

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับ ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถมาลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ด้วยตนเองได้ สามารถมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์แทนได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์ โดยมีเอกสารประกอบเพิ่มเติม ดังนี้

- | | | | |
|--|-------|---|------|
| 1. หนังสือมอบอำนาจ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ (ผู้ป่วยเอดส์) | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 4. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มอบอำนาจ (ผู้ป่วยเอดส์) | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 5. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 6. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ผู้ป่วยเอดส์ หรือผู้รับมอบอำนาจ) | จำนวน | 1 | ฉบับ |

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับ ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์อยู่แล้ว และได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์ ให้ผู้ป่วยเอดส์มาลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ที่เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์อีกครั้งหนึ่ง โดยเจ้าหน้าที่จะลงพื้นที่เพื่อตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยเอดส์ว่ามีคุณสมบัติในการขอรับเงินสงเคราะห์หรือไม่ เมื่อตรวจสอบเรียบร้อยแล้วว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติตามที่กำหนด เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์จะทำการอนุมัติเบิกจ่ายโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารของผู้ป่วยเอดส์ ทั้งนี้ ต้องได้รับการยืนยันจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมที่จ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน

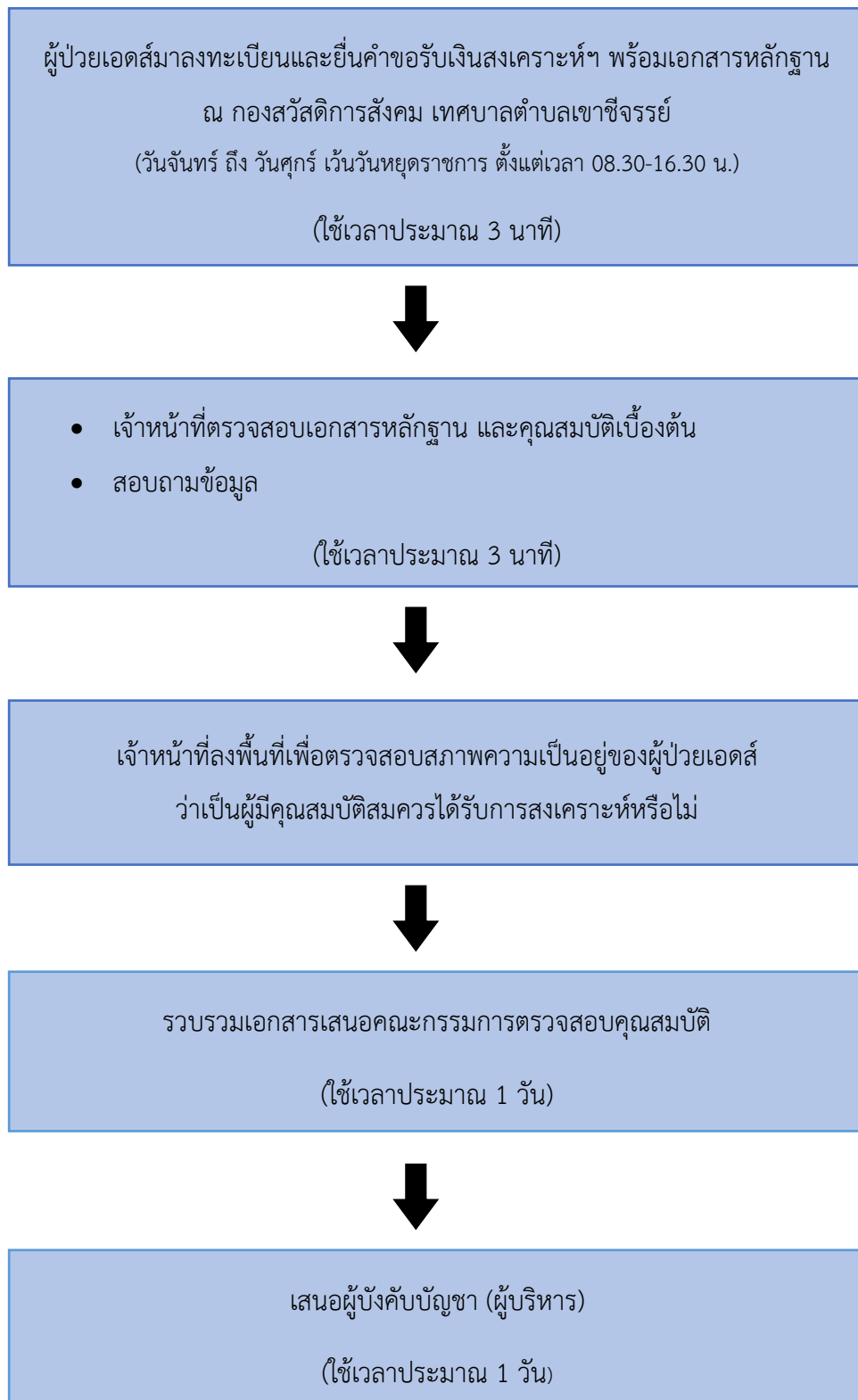
การจ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์เป็นจำนวนเงิน 500 บาทต่อเดือน

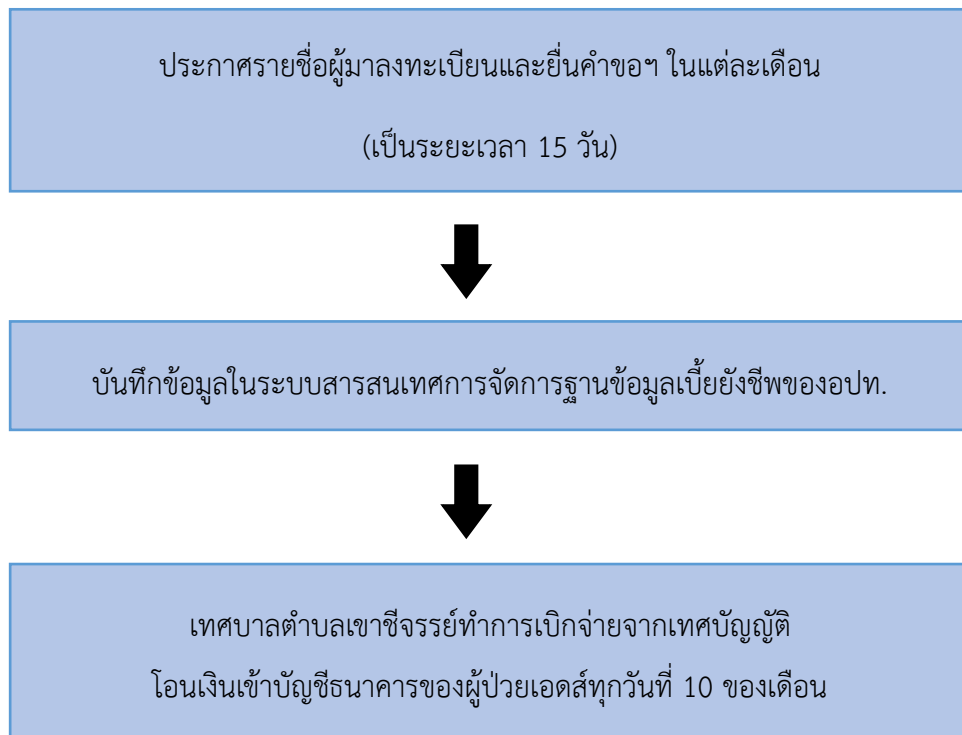
การสิ้นสุดการได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

1. ตาย
2. ขาดคุณสมบัติ
3. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
4. ย้ายทะเบียนบ้านไปนอกเขตเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์

ขั้นตอนการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์



ขั้นตอนการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)



หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ เด็กชาย/เด็กหญิง/นาย/นาง/นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□ ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีตำบลเขาชีจรรย์ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)
--	---

คำสั่ง
☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่น ๆ
.....

(ลงชื่อ)
(.....)
นายกเทศมนตรีตำบลเขาชีจรรย์
วัน/เดือน/ปี

..... ตัดตามรอยประ ให้ผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.
การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยจะได้รับเงิน
เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ตั้งแต่เดือน..... พ.ศ. ในอัตราเดือนละ 500 บาท ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน
กรณีผู้ป่วยเอดส์ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ณ ที่องค์การปกครอง
ส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่โดยทันที ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาลิทธิให้ต่อเนื่อง

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน
เลขที่..... ออกให้ ณ..... เมื่อวันที่.....
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้..... เกี่ยวพันเป็น.....
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่..... ออกให้ ณ.....
เมื่อวันที่..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำ
ด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หนังสือมอบอำนาจยื่นรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน
เลขที่..... ออกให้ ณ..... เมื่อวันที่.....
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้..... เกี่ยวพันเป็น.....
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่..... ออกให้ ณ.....
เมื่อวันที่..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจ รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ “ทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว”
จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงกรมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วย
ตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)



การยื่นคำร้องขอลงทะเบียน
ขอรับสิทธิเงินอุดหนุน
เพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

การยื่นคำร้องขอลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

ตามระเบียบกรมกิจการเด็กและเยาวชน ว่าด้วยการจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด พ.ศ. 2565 กำหนดให้ผู้ปกครองของเด็กแรกเกิดที่เกิดตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558 เป็นต้นไป และเด็กแรกเกิดที่อยู่ในครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท/คน/ปี มายื่นคำร้องขอลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดด้วยตนเอง ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เด็กแรกเกิดและผู้ปกครองได้พักอาศัยอยู่จริง

หลักเกณฑ์

1. คุณสมบัติเด็กแรกเกิดที่มีสิทธิ

- 1.1 มีสัญชาติไทย (พ่อแม่มีสัญชาติไทย หรือพ่อ หรือแม่มีสัญชาติไทย)
- 1.2 เด็กที่มีอายุไม่เกิน 6 ปี
- 1.3 อาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำ
- 1.4 ไม่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของหน่วยงานของรัฐ หรือเอกชน

2. คุณสมบัติผู้ปกครองที่มีสิทธิลงทะเบียน

- 2.1 มีสัญชาติไทย
- 2.2 เป็นบิดา มารดา หรือบุคคลอื่นที่เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
- 2.3 เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วย
- 2.4 อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำ หรือครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท/คน/ปี โดยสมาชิกต้องมีความสัมพันธ์ทางเครือญาติหรือการสมรส หรืออยู่กินด้วยกันฉันสามีภรรยา หรือด้วยเหตุอื่นตามกฎหมาย และสมาชิกต้องอาศัยอยู่จริงในครัวเรือนติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 180 วันในรอบปีที่ผ่านมา แต่ไม่นับรวมลูกจ้างครัวเรือน

3. กรณีผู้ปกครองไม่มีสัญชาติไทย แต่เด็กมีสัญชาติไทย

- 3.1 เป็นบุคคลที่เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
- 3.2 เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วย
- 3.3 อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำ หรือครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท/คน/ปี โดยสมาชิกต้องมีความสัมพันธ์ทางเครือญาติหรือการสมรส หรืออยู่กินด้วยกันฉันสามีภรรยา หรือด้วยเหตุอื่นตามกฎหมาย และสมาชิกต้องอาศัยอยู่จริงในครัวเรือนติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 180 วันในรอบปีที่ผ่านมา แต่ไม่นับรวมลูกจ้างครัวเรือน
- 3.4 ผู้ปกครองและเด็กอาศัยอยู่ในราชอาณาจักรไทย

ทั้งนี้ มารดาที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ยังไม่ต้องมายื่นคำร้องขอลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

การลงทะเบียนขอรับสิทธิ

1. ลงทะเบียน ณ หน่วยรับลงทะเบียน

ผู้ปกครองของเด็กแรกเกิดที่มีสิทธิขอรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดในท้องถิ่นที่เด็กแรกเกิดและผู้ปกครองอาศัยอยู่จริง

เอกสารการลงทะเบียนฯ ประกอบด้วย

- | | | | |
|---|-------|---|------|
| 1) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 2) สำเนาทะเบียนของผู้ปกครอง | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 3) สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 4) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝาก (บัญชีออมทรัพย์) ซึ่งต้องดำเนินการลงทะเบียนใช้บริการพร้อมเพย์ (Prompt Pay) โดยการผูกเลขประจำตัวประชาชนกับบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ปกครองที่เป็นผู้ได้รับสิทธิ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 5) กรณีที่ผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนและสมาชิกในครัวเรือนของผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท ต้องมีเอกสารใบรับรองเงินเดือนหรือหนังสือรับรองรายได้ของทุกคนที่มีรายได้ประจำ (สลิปเงินเดือน หรือเอกสารหลักฐานที่นายจ้างลงนาม) | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 6) สำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใดของผู้รับรองคนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2 | คนละ | 1 | ฉบับ |

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับ ผู้ปกครองที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

2. ลงทะเบียนผ่านแอปพลิเคชัน “เงินเด็ก”

ผู้ปกครองยื่นคำร้องขอลงทะเบียนผ่านแอปพลิเคชัน “เงินเด็ก” ดำเนินการดาวน์โหลดแอปพลิเคชัน ThaiID และแอปพลิเคชัน “เงินเด็ก” สามารถดาวน์โหลดได้จากระบบ iOS (App Store) และระบบ Android (Play Store) ทั้งนี้ ผู้ปกครองจำเป็นต้องยืนยันตัวตนผ่านแอปพลิเคชัน ThaiID ของกรมการปกครอง ก่อนดำเนินการลงทะเบียนขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดผ่านแอปพลิเคชัน “เงินเด็ก”

เอกสารการลงทะเบียนฯ ประกอบด้วย

- 1) หลักฐานในการรับรองสถานะของครัวเรือน พร้อมภาพถ่ายบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรองคนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2 คนละ 1 ฉบับ
- 2) กรณีที่ผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนและสมาชิกในครัวเรือนของผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท ต้องมีเอกสารใบรับรองเงินเดือนหรือหนังสือรับรองรายได้ของทุกคนที่มีรายได้ประจำ (สลิปเงินเดือน หรือเอกสารหลักฐานที่นายจ้างลงนาม) โดยผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดต้องแนบเอกสารในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 1 ฉบับ

3. การลงทะเบียนของผู้ปกครองซึ่งไม่มีสัญชาติไทย

ผู้ปกครองที่ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย แต่เด็กแรกเกิดมีสัญชาติไทยสามารถยื่นคำร้องขอลงทะเบียนได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชลบุรี หรือกรมกิจการเด็กและเยาวชน หรือกองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์ แล้วแต่กรณี

เอกสารการลงทะเบียนฯ ประกอบด้วย

- | | | | |
|--|-------|---|------|
| 1) สำเนาบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย
หรือบัตรประจำตัวบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 2) สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 3) กรณีที่ผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนและสมาชิกในครัวเรือนของผู้ยื่น
คำร้องขอลงทะเบียนเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ
หรือพนักงานบริษัท ต้องมีเอกสารใบรับรองเงินเดือนหรือหนังสือ
รับรองรายได้ของทุกคนที่มีรายได้ประจำ (สลิปเงินเดือน หรือเอกสารหลักฐานที่นายจ้างลงนาม) | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 4) สำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะ
หรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใดของผู้รับรองคนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2 | คนละ | 1 | ฉบับ |
| 5) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของผู้ปกครอง
(ธนาคารกรุงไทย ธนาคารออมสิน ธนาคารเพื่อการเกษตร
และสหกรณ์การเกษตร อย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น) | จำนวน | 1 | ฉบับ |

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับ ผู้ปกครองที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

การรับรองสถานะของครัวเรือนที่มีรายได้น้อย

1. กรณีที่ครัวเรือนที่มีรายได้เล็กน้อยที่สมาชิกมีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐทุกคน ยกเว้นเด็กแรกเกิดไม่ต้องรับรองสถานะของครัวเรือน ไม่ต้องยื่นแบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.02 ส่วนที่ 2) โดยนำบัตรสวัสดิการแห่งรัฐของทุกคนมาแสดงขณะที่ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนด้วย หรือหากเป็นผู้มีรายชื่ออยู่ในฐานข้อมูลตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐไม่ต้องนำหลักฐานมาแสดง

2. นอกเหนือจากข้อ 1. ต้องมีการรับรองสถานะของครัวเรือน

3. การรับรองสถานะของครัวเรือน ต้องมีผู้รับรอง 2 คน ซึ่งมีตำแหน่งอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมืองพัทยา อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการชุมชน ประธานชุมชน ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตท้องที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนั้น ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ (ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ ต้องไม่เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน และผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลในครัวเรือนที่มีรายได้เล็กน้อยของเด็กแรกเกิด)

วิธีการคำนวณรายได้ของสมาชิกในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย

$$= \frac{\text{รายได้ของสมาชิกในครัวเรือนของเด็กแรกเกิดรวมกันทั้งหมด}}{\text{จำนวนสมาชิกทั้งหมดของครัวเรือนเด็กแรกเกิด (รวมเด็กแรกเกิดด้วย)}}$$

ตัวอย่างที่ 1 เด็กแรกเกิดที่อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท/คน/ปี

	มารดา	บิดา	เด็กแรกเกิด	ปู่	ย่า
จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกัน	✓	✓	✓	✓	✓
รายได้ของสมาชิก/เดือน	-	12,000	-	10,000	10,000
รายได้ของสมาชิก/ปี	-	12,000X12 = 144,000	-	10,000X12 = 120,000	10,000X12 = 120,000
การคิดค่าเฉลี่ยต่อครัวเรือน	$= \frac{144,000+120,000+120,000}{5} = \frac{384,000}{5} = 76,800 \text{ บาท/คน/ปี}$				

ครัวเรือนมีสมาชิกทั้งหมด 5 คน มีสมาชิกที่มีรายได้ 3 คน คือ บิดา ปู่ และย่า ดังนั้น ครัวเรือนมีรายได้รวมทั้งหมด 384,000 บาท ต่อปี เมื่อนำมาหารกับสมาชิกทั้งหมด 5 คน ผลลัพธ์ คือ สมาชิกครัวเรือนมีรายได้เฉลี่ยของครัวเรือน 76,800 บาท/คน/ปี ซึ่งไม่เกิน 100,000 บาท/คน/ปี จึงมีสิทธิขอรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

ตัวอย่างที่ 2 เด็กแรกเกิดที่อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 100,000 บาท/คน/ปี

	มารดา	บิดา	เด็กแรกเกิด	บุตรอายุ 8 ขวบ
จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกัน	✓	✓	✓	✓
รายได้ของสมาชิก/เดือน	18,000	12,000	-	-
รายได้ของสมาชิก/ปี	18,000X12 = 216,000	20,000X12 = 240,000	-	-
การคิดค่าเฉลี่ยต่อครัวเรือน	$= \frac{216,000+240,000}{4} = \frac{456,000}{4} = 114,000 \text{ บาท/คน/ปี}$			

ครัวเรือนมีสมาชิกทั้งหมด 4 คน มีสมาชิกที่มีรายได้ 2 คน คือ บิดากับมารดา ดังนั้น ครัวเรือนมีรายได้รวมทั้งหมด 456,000 บาท ต่อปี เมื่อนำมาหารกับสมาชิกทั้งหมด 4 คน ผลลัพธ์ คือ สมาชิกครัวเรือนมีรายได้เฉลี่ยของครัวเรือน 114,000 บาท/คน/ปี ซึ่งมีรายได้เกิน 100,000 บาท/คน/ปี จึงไม่มีสิทธิขอรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

การเปลี่ยนแปลงสิทธิ

ผู้ยื่นคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิ ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่ หรือยื่นคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิได้ที่กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์ พร้อมเอกสารหลักฐานเพิ่มเติม ดังนี้

- | | | | |
|---|-------|---|------|
| 1. แบบคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิผู้รับเงินอุดหนุน
เพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (ดร.06) | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 2. แบบให้ความยินยอมเปลี่ยนแปลงสิทธิ (ถ้ามี) | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำร้องเปลี่ยนแปลงสิทธิ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 4. สำเนาทะเบียนของผู้ยื่นคำร้องเปลี่ยนแปลงสิทธิ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 5. สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 6. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝาก (บัญชีออมทรัพย์) ซึ่งต้องดำเนินการ
ลงทะเบียนใช้บริการพร้อมเพย์ (Prompt Pay) โดยการผูกเลข
ประจำตัวประชาชนกับบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ยื่นคำร้องเปลี่ยนแปลงสิทธิ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 7. กรณีที่ผู้ยื่นคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิ และสมาชิกในครัวเรือน
ของผู้ยื่นคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ
พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท ต้องมีเอกสารใบรับรองเงินเดือนหรือหนังสือ
รับรองรายได้ของทุกคนที่มีรายได้ประจำ (สลิปเงินเดือน หรือเอกสารหลักฐานที่นายจ้างลงนาม) | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 8. สำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะ
หรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใดของผู้รับรองคนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2 | คนละ | 1 | ฉบับ |
| 9. สำเนาใบมรณบัตร (กรณีผู้ปกครองรายเดิมถึงแก่ความตาย) | จำนวน | 1 | ฉบับ |

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับ ผู้ปกครองที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

การจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

1. ให้นับตั้งแต่เดือนที่ผู้ปกครองยื่นคำร้องขอลงทะเบียนโดยมีคุณสมบัติและหลักฐานถูกต้องครบถ้วน
ในอัตรา 600 บาท หรือตามที่มติคณะรัฐมนตรีกำหนด
2. กรณีผู้ปกครองไม่มีสัญชาติไทย ให้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์
ธนาคารกรุงไทย หรือธนาคารออมสิน หรือธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (อย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น)

การสิ้นสุดสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

1. เด็กแรกเกิดมีอายุครบ 6 ปี
2. เด็กแรกเกิดถึงแก่ความตาย
3. ผู้ปกครองยื่นคำขอสละสิทธิเป็นหนังสือ โดยมีหลักฐานชัดเจน
4. ขาดคุณสมบัติตามระเบียบ

5. กรณีมีเหตุที่ไม่สามารถจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดได้ ให้กรมกิจการเด็กและเยาวชน หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด แล้วแต่กรณี ดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริง หรือมีหนังสือแจ้งให้ผู้ปกครองที่มีสิทธิมายืนยันตัวตนกับเจ้าหน้าที่กรมกิจการเด็กและเยาวชนหรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดภายในระยะเวลา 6 เดือน นับตั้งแต่วันที่ได้รับอนุมัติการจ่ายเงินงวดแรก หากไม่สามารถติดตามได้ หรือติดตามได้แต่ไม่มายืนยันตัวตนกับเจ้าหน้าที่ภายในระยะเวลาดังกล่าว ให้กรมกิจการเด็กและเยาวชน หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด แล้วแต่กรณี พิจารณาสั่งระงับสิทธิการรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดของผู้ปกครองรายนั้นได้

6. กรณีเจ้าหน้าที่กรมกิจการเด็กและเยาวชน หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ตรวจสอบพบหรือได้รับคำร้องจากผู้ที่เกี่ยวข้องว่าผู้ปกครองที่ได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดขาดคุณสมบัติตามระเบียบฯ ให้พิจารณาข้อเท็จจริงและสามารถดำเนินการระงับสิทธิการจ่ายเงินตามระเบียบฯ ต่อไป

ขั้นตอนการยื่นคำร้องขอลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
(ลงทะเบียน ณ หน่วยรับลงทะเบียน)

ผู้ปกครองเด็กแรกเกิดมายื่นคำร้องขอลงทะเบียน (กรอกข้อมูลในแบบดร.01 และแบบ ดร.02) และแนบเอกสารหลักฐาน พร้อมผู้รับรอง จำนวน ๒ คน
ณ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์
(วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เว้นวันหยุดราชการ ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น.)
(ใช้เวลาประมาณ 5 นาที)



- เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้น (ข้อมูลในแบบดร.01 และแบบดร.02) และเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียนใหญ่ถูกต้องครบถ้วน
 - สอบถามข้อมูล
- (ใช้เวลาประมาณ 3 นาที)



เจ้าหน้าที่สแกนเอกสารประกอบการลงทะเบียนและแนบไฟล์เอกสารอิเล็กทรอนิกส์
ส่งให้แก่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชลบุรี ในระบบ
ฐานข้อมูลโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
(ใช้เวลาประมาณ 5 นาที)



เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)
(ใช้เวลาประมาณ 1 วัน)

ขั้นตอนการยื่นคำร้องขอลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
(ลงทะเบียน ณ หน่วยรับลงทะเบียน) (ต่อ)

ประกาศรายชื่อผู้ขอรับสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดในแต่ละเดือน
(เป็นระยะเวลา 15 วัน)



เจ้าหน้าที่ส่งแบบคำร้องขอลงทะเบียนฯ พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบ
การลงทะเบียน (ฉบับจริง) ให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
จังหวัดชลบุรี
(ใช้ระยะเวลา 3 วัน)



ผู้ปกครองเด็กแรกเกิดที่ยื่นคำร้องขอลงทะเบียน รอสำนักงานพัฒนาสังคม
และความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชลบุรีพิจารณาผล และโอนเงินเข้าบัญชีผู้มีสิทธิฯ
ภายในระยะเวลา 3-6 เดือน
(โอนเงินย้อนหลังให้นับตั้งแต่เดือนที่ยื่นคำร้องขอลงทะเบียน)

ขั้นตอนการยื่นคำร้องขอลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
(ลงทะเบียนผ่านแอปพลิเคชัน “เงินเด็ก”)

ผู้ปกครองเด็กแรกเกิดเข้าไปกรอกข้อมูลเพื่อลงทะเบียน และแนบเอกสารหลักฐาน
พร้อมผู้รับรอง จำนวน ๒ คน ในแอปพลิเคชัน “เงินเด็ก”
(ใช้เวลาประมาณ 10 นาที)



เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารประกอบการลงทะเบียนตามไฟล์ที่แนบมาในระบบ
ฐานข้อมูลโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ได้แก่ ไฟล์หลักฐาน
ของผู้รับรองคนที่ 1 และคนที่ 2 รวมถึงไฟล์เอกสารใบรับรองเงินเดือน
หรือหนังสือรับรองรายได้ (ถ้ามี)
(ใช้เวลาประมาณ 5 นาที)



กรณีไฟล์เอกสารประกอบการลงทะเบียนถูกต้องครบถ้วน
ให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการยืนยันข้อมูลในระบบฐานข้อมูลโครงการเงินอุดหนุน
เพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด โดยผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนฯ จะได้รับการแจ้ง
ผ่านแอปพลิเคชัน “เงินเด็ก”



กรณีไฟล์เอกสารประกอบการลงทะเบียนไม่ถูกต้อง
ให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการปฏิเสธข้อมูลในระบบฐานข้อมูลโครงการเงินอุดหนุน
เพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด เพื่อให้ผู้ลงทะเบียนฯ ดำเนินการแก้ไขเอกสารประกอบ
การลงทะเบียนให้ถูกต้องครบถ้วน โดยผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนฯ จะได้รับ
การแจ้งผ่านแอปพลิเคชัน “เงินเด็ก”



การสนับสนุนการจัดการศพ ผู้สูงอายุตามประเพณี

การสนับสนุนการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

โครงการสนับสนุนค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี เป็นการจ่ายเงินสงเคราะห์ (เงินอุดหนุน) ให้กับผู้สูงอายุตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง การสนับสนุนการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณีและประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง การสนับสนุนการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี (ฉบับที่ 2) ซึ่งจะช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เสียชีวิตที่มีคุณสมบัติตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ รวมทั้งผู้สูงอายุที่อยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์ สถานดูแล สถานคุ้มครอง หรือสถานใด ๆ ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

โดยสามารถยื่นคำขอได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หรือที่ว่าการอำเภอ หรือศาลาว่าการเมืองพัทยา หรือสำนักงานเทศบาล หรือที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลที่ผู้สูงอายุมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน

คุณสมบัติผู้สูงอายุที่เสียชีวิตที่มีสิทธิยื่นคำขอรับเงินค่าจัดการศพผู้สูงอายุ

1. มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. มีสัญชาติไทย
3. มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์
4. ผู้สูงอายุที่ได้รับสิทธิตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ หรือโครงการสวัสดิการในลักษณะเดียวกันที่เรียกชื่อเป็นอย่างอื่น หรือเป็นผู้สูงอายุที่ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน รับรองว่ามีคุณสมบัติตามโครงการดังกล่าว ตามแบบที่อธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุกำหนด

หมายเหตุ : รวมถึงผู้สูงอายุซึ่งอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์ สถานดูแล สถานคุ้มครอง หรือสถานใด ๆ ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดำเนินการในลักษณะเดียวกัน ซึ่งจัดการศพตามประเพณี โดยมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์ ให้ได้รับสิทธิการสนับสนุนการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณีด้วย

**ผู้ยื่นคำขอต้องเป็นบุคคลที่รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุ
โดยต้องยื่นคำขอภายในกำหนด 6 เดือน นับตั้งแต่วันที่ออกใบมรณบัตร**

เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอรับเงินค่าจัดการศพผู้สูงอายุ

1. เอกสารของผู้สูงอายุที่เสียชีวิต

1.1) สำเนาใบมรณบัตร	จำนวน	1	ฉบับ
1.2) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	จำนวน	1	ฉบับ
1.3) สำเนาทะเบียนบ้าน	จำนวน	1	ฉบับ

2. เอกสารของผู้ยื่นคำขอ

2.1) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	จำนวน	1	ฉบับ
2.2) สำเนาทะเบียนบ้าน	จำนวน	1	ฉบับ
2.3) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ประเภทออมทรัพย์)	จำนวน	1	ฉบับ

3. เอกสารของผู้ให้การรับรอง

3.1) สำเนาบัตรประจำตัวของเจ้าหน้าที่รัฐ	จำนวน	1	ฉบับ
---	-------	---	------

หมายเหตุ: สำเนาทุกฉบับต้องลงลายมือชื่อรับรองทุกฉบับ ผู้ยื่นคำขอที่ไม่สามารถเขียนได้ให้พิมพ์ลายมือแทน

**** หลักเกณฑ์ใหม่สำหรับผู้สูงอายุที่เสียชีวิต และออกใบมรณบัตรตั้งแต่ 1 เมษายน 2566 เป็นต้นไป ****

กรณีที่ 1 ผู้สูงอายุที่เสียชีวิตได้รับสิทธิตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี 2565 ให้ใช้หลักฐานบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่เสียชีวิต หากไม่มีบัตรประจำตัวประชาชนให้ใช้เอกสารราชการที่มีเลขประจำตัวประชาชนและวัน เดือน ปีเกิดของผู้สูงอายุที่เสียชีวิตแทนได้ พร้อมแนบผลการตรวจสอบผ่านทางเว็บไซต์โครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี 2565

กรณีที่ 2 ผู้สูงอายุที่เสียชีวิตไม่ได้รับสิทธิตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี 2565 แต่มีคุณสมบัติตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี 2565 สามารถยื่นขอรับสิทธิการช่วยเหลือค่าจัดการศพตามประเพณี โดยให้ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองคํการบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือ ประธานชุมชน เป็นผู้รับรอง

กรณีที่ 3 ผู้สูงอายุที่อยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์ สถานดูแล สถานคุ้มครอง หรือสถานใด ๆ ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ดำเนินการในลักษณะเดียวกัน ให้หัวหน้าหน่วยงาน เป็นผู้รับรอง

**** ผู้ยื่นคำขอและผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน ****

การรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

1. ผู้ยื่นคำขอจะได้รับการช่วยเหลือเป็นเงิน รายละ 3,000 บาท จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชลบุรี (พมจ.)

2. ระยะเวลาในการรับเงินสงเคราะห์ศพอาจต้องใช้เวลา

ขั้นตอนการยื่นคำร้องขอรับการสนับสนุนการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

ผู้รับผิดชอบจัดการศพยื่นคำขอภายใน 6 เดือน นับตั้งแต่วันที่ออกใบมรณบัตร
(กรอกข้อมูลในแบบศพส.01 และแบบศพส.02) และแนบเอกสารหลักฐาน
พร้อมผู้รับรอง (กรณีไม่ได้รับสิทธิโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี 2565)
ณ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์
(วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เว้นวันหยุดราชการ ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น.)
(ใช้เวลาประมาณ 5 นาที)



- เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคุณสมบัติผู้สูงอายุเบื้องต้น (ข้อมูลในแบบศพส.01 และแบบศพส.02) และเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียนให้ถูกต้องครบถ้วน
 - สอบถามข้อมูล
- (ใช้เวลาประมาณ 3 นาที)



เจ้าหน้าที่นำส่งเอกสารให้แก่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
จังหวัดชลบุรี เพื่อพิจารณาผล
(ใช้เวลาประมาณ 1 วัน)



แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

เขียนที่

วัน เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ 1 : สำหรับผู้ยื่นขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน
ออกให้โดย.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....อาชีพ.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
โทรศัพท์มือถือ.....

มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ตายในฐานะเป็น และเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุ
โดยได้รับความยินยอมจากบิดา/มารดา/บุตร/พี่น้อง/เครือญาติ/ของผู้สูงอายุที่ตายให้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพของผู้สูงอายุที่ตาย
ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
ถึงแก่กรรมด้วยสาเหตุ.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.
ตามใบมรณบัตรเลขที่.....ออกให้โดย.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าไม่เคยได้รับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพ
ผู้สูงอายุรายนี้มาก่อน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและข้อมูลในบัตรประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้แก่
หน่วยงานของรัฐและยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สืบถามและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐ
ที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาจัดสรรสวัสดิการและหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามกฎหมายของรัฐ และหรือ
เพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้ถือว่าคู่ฉบับและบรรดาสำเนา ภาพถ่าย
ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสารที่สร้างขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้าเช่นเดียวกัน

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ
(.....)
วันที่ / /

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้ให้การรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

เขียนที่

วัน เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ตำแหน่ง.....
สังกัดหน่วยงาน.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
ออกให้โดย.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
ขอรับรองว่าผู้ยื่นคำขอดังกล่าวเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุรายนี้จริง

(ลงชื่อ) ผู้รับรอง
(.....)
ตำแหน่ง
วันที่ / /

(ข้อมูลชี้แจงด้านหลัง)

(ด้านหลัง แบบ ศผส. 01)

คำชี้แจง

1. ผู้ยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรม เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้องของผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรม ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่มีญาติ บุคคลที่รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุเป็นผู้ยื่นคำขอรับเงินค่าจัดการศพ เช่น ผู้ให้การดูแล ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น รวมทั้งมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์
2. ผู้ให้คำรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี หมายถึง ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน หรือผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ผู้ปกครองสถานสงเคราะห์ ผู้ปกครองสถานดูแล ผู้อำนวยการสถานคุ้มครอง หรือผู้ปกครองสถานใด ๆ ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
3. คุณสมบัติผู้สูงอายุ
 - (1) มีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป
 - (2) มีสัญชาติไทย
 - (3) ผู้สูงอายุที่ได้รับสิทธิตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ หรือโครงการสวัสดิการ ในลักษณะเดียวกันที่เรียกชื่อเป็นอย่างอื่น หรือเป็นผู้สูงอายุที่ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือ ประธานชุมชน รับรองว่ามีคุณสมบัติตามโครงการดังกล่าว
4. หลักฐานการยื่นคำขอ
 - (1) ใบมรณบัตรของผู้สูงอายุ
 - (2) บัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ตาย หรือบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ตาย พร้อมหนังสือรับรอง ตามข้อ 5 (3) แล้วแต่กรณี หากไม่มีบัตรประจำตัวประชาชนให้ใช้เอกสารราชการ ที่มีเลขประจำตัวประชาชนและวัน เดือน ปีเกิดของผู้สูงอายุที่ตายแทนได้
 - (3) บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายและเลขประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ
กรณีการจัดการศพตามประเพณีโดยมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์ ให้แนบหนังสือแสดงการจดทะเบียน หรืออนุญาตให้สร้าง จัดตั้ง หรือดำเนินงานมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์ด้วย
 - (4) สมุดบัญชีหรือเลขที่บัญชีธนาคารของผู้ยื่นคำขอ เว้นแต่ประสงค์จะขอรับเงินสดให้ดำเนินการตามระเบียบของทางราชการ
 - (5) แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี (แบบ ศผส. 01)
5. การยื่นคำขอ ยื่นภายใน 6 เดือนนับตั้งแต่วันออกใบมรณบัตร โดยยื่นคำขอในท้องที่ที่ผู้สูงอายุมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านหรือภูมิลำเนา ที่ถึงแก่ความตาย ในขณะที่ถึงแก่ความตาย ดังต่อไปนี้
 - (1) ในกรุงเทพมหานคร ให้ยื่นคำขอที่สำนักงานเขต สังกัดกรุงเทพมหานคร
 - (2) ในจังหวัดอื่น ให้ยื่นคำขอต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หรือที่ว่าการอำเภอ หรือสำนักงานเทศบาล หรือที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบล หรือศาลาว่าการเมืองพัทยา
6. ผู้ยื่นคำขอและผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน



แบบรับรองการมีคุณสมบัติตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ

เขียนที่

วัน เดือน พ.ศ.

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี
เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... อาชีพ.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ตายในฐานะเป็น และเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุ

2. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ตำแหน่ง
สังกัดหน่วยงาน อายุ ปี
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน ตรอก/ซอย ถนน
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ

ขอรับรองว่าผู้สูงอายุที่ตายชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี
เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี 2565 ดังนี้

☐ 1. สัญชาติไทย☐ 2. บุคคลที่เข้าข่ายไม่ได้รับสิทธิ

• ภิกษุ สามเณร นักพรตหรือนักบวช

• ผู้ต้องขัง ผู้ถูกกักกัน ผู้ต้องกักขัง

• บุคคลดังต่อไปนี้

- ข้าราชการ

- พนักงานราชการ

- พนักงาน ลูกจ้าง เจ้าหน้าที่ หรือผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานของรัฐที่ได้รับค่าตอบแทนจากหน่วยงานของรัฐ

[หน่วยงานของรัฐตามมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลัง ของรัฐ พ.ศ. 2561] โดยตรง เว้นแต่บุคคลดังกล่าวได้รับค่าตอบแทนไม่เกิน 100,000 บาท/ปี (รอบปีปฏิทิน)

- ผู้รับบำเหน็จรายเดือน

- ผู้รับบำนาญปกติ หรือเบี้ยหวัดจากส่วนราชการ

• ข้าราชการการเมืองตามพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการการเมือง พ.ศ. 2535

• สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร และสมาชิกวุฒิสภา

3. รายได้

- ☐ 3.1 รายได้ของผู้ลงทะเบียนไม่เกิน 100,000 บาท/คน/ปีในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง
- ☐ 3.2 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวของผู้ลงทะเบียนไม่เกิน 100,000 บาท/คน/ปีในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง (การคำนวณรายได้เฉลี่ยของครอบครัวของผู้ลงทะเบียนคำนวณได้จากการรวมรายได้ ของผู้ลงทะเบียนและสมาชิกในครอบครัวของผู้ลงทะเบียน หาดด้วยจำนวนบุคคลทั้งหมดในครอบครัว)

4. ทรัพย์สินทาง การเงิน ได้แก่ เงินฝาก สลาก พันธบัตร และ ตราสารหนี้ ภาครัฐ การเงินของผู้ลงทะเบียนและสมาชิกในครอบครัวของผู้ลงทะเบียน หาดด้วยจำนวนบุคคลทั้งหมดในครอบครัว)

- ☐ 4.1 ทรัพย์สินทางการเงินของผู้ลงทะเบียนมีมูลค่าไม่เกิน 100,000 บาท/คน ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง
- ☐ 4.2 ทรัพย์สินทางการเงินเฉลี่ยของครอบครัวของผู้ลงทะเบียนมีมูลค่าไม่เกิน 100,000 บาท/ คน ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (การคำนวณทรัพย์สินทางการเงินเฉลี่ยของครอบครัวของผู้ลงทะเบียนคำนวณได้จากการรวมมูลค่าทรัพย์สินทางการเงินของผู้ลงทะเบียน และสมาชิกในครอบครัวของผู้ลงทะเบียน หาดด้วยจำนวนบุคคลทั้งหมดในครอบครัว)

5. อสังหาริมทรัพย์

5.1 อสังหาริมทรัพย์ของผู้ลงทะเบียน

☐ 5.1.1 ไม่มีกรรมสิทธิในอสังหาริมทรัพย์ หรือมีกรรมสิทธิในอสังหาริมทรัพย์ ณ เวลาใด เวลาหนึ่ง จะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

- ☐ (1) ที่อยู่อาศัยที่เป็นที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง (บ้านพร้อมที่ดิน)
 - ☐ 1.1) กรณีอยู่อาศัยอย่างเดี่ยว
 - ☐ 1.1.1) บ้านเดี่ยว ทาวน์เฮาส์ ห้องแถว และตึกแถว ต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 25 ตารางวา
 - ☐ 1.1.2) ห้องชุดต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 35 ตารางเมตร
 - ☐ 1.2) กรณีเป็นที่อยู่อาศัยและใช้ประโยชน์จากที่ดินเพื่อการเกษตร ต้องมีพื้นที่ ไม่เกิน 10 ไร่ หรือในกรณีที่ใช้ประโยชน์ที่ดินเพื่อการอื่นที่ไม่ใช่เพื่อการเกษตรจะต้องมีพื้นที่ไม่ เกิน 1 ไร่

- ☐ (2) ที่ดินแยกจากที่อยู่อาศัย
 - ☐ 2.1) ในกรณีที่ใช้ประโยชน์ที่ดินเพื่อการอื่นที่ไม่ใช่เพื่อการเกษตร ต้องมีพื้นที่ ไม่เกิน 1 ไร่
 - ☐ 2.2) ในกรณีที่ใช้ประโยชน์ที่ดินเพื่อการเกษตร ต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 10 ไร่
- ☐ 5.1.2 ไม่มีหนังสือรับรองการทำประโยชน์ และหนังสืออนุญาตให้เข้าทำประโยชน์หรือมีหนังสือดังกล่าว แต่เมื่อรวมกับข้อ 5.1.1 [ยกเว้นข้อ (1.2)] จะต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 1 ไร่ หรือ 10 ไร่แล้วแต่กรณี ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง

ทั้งนี้ ผู้ลงทะเบียนที่มีรายชื่อเป็นเกษตรกร* ตามฐานข้อมูลของหน่วยงานของรัฐหรือได้รับอนุญาตให้เข้าทำประโยชน์ในเขตปฏิรูปที่ดินเพื่อเกษตรกรรมให้ถือว่าผู้ลงทะเบียนใช้ประโยชน์ จากที่ดินเพื่อการเกษตร

5.2 อสังหาริมทรัพย์ของผู้ลงทะเบียนและสมาชิกในครอบครัวของผู้ลงทะเบียน

☐ 5.2.1 ไม่มีกรรมสิทธิในอสังหาริมทรัพย์ หรือมีกรรมสิทธิในอสังหาริมทรัพย์ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง จะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- ☐ (1) ที่อยู่อาศัยที่เป็นที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง (บ้านพร้อมที่ดิน)
 - ☐ 1.1) กรณีอยู่อาศัยอย่างเดี่ยว
 - ☐ 1.1.1) กรณีผู้ลงทะเบียนและคู่สมรสเป็นเจ้าของที่ดินที่มีลักษณะเป็นบ้านเดี่ยว ทาวน์เฮาส์ ห้องแถว และตึกแถวแยกจากกัน ไม่ว่าจะมียุคคลอื่นเป็นเจ้าของรวมด้วยหรือไม่ก็ตาม ส่วนที่เป็นกรรมสิทธิในที่ดินของผู้ลงทะเบียนและคู่สมรสแต่ละคนต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 25 ตารางวา กรณีผู้ลงทะเบียนและคู่สมรสเป็นเจ้าของที่ดินที่มีลักษณะเป็นบ้านเดี่ยว ทาวน์เฮาส์ ห้องแถว และตึกแถวร่วมกัน ไม่ว่าจะมียุคคลอื่นเป็นเจ้าของรวมด้วยหรือไม่ก็ตาม ส่วนที่เป็นกรรมสิทธิในที่ดินของผู้ลงทะเบียนและคู่สมรส รวมกันต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 25 ตารางวา

☐ 1.1.2) กรณีผู้ลงทะเบียนและคู่สมรสเป็นเจ้าของห้องชุดแยกจากกัน ไม่ว่าจะมิบุคคลอื่นเป็นเจ้าของรวมด้วยหรือไม่ก็ตาม ส่วนที่เป็นกรรมสิทธิในห้องชุดของผู้ลงทะเบียน และคู่สมรสแต่ละคนต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 35 ตารางเมตร กรณีผู้ลงทะเบียนและคู่สมรสเป็นเจ้าของห้องชุดร่วมกัน ไม่ว่าจะมิบุคคลอื่นเป็นเจ้าของรวมด้วยหรือไม่ก็ตาม ส่วนที่เป็นกรรมสิทธิในห้องชุดของผู้ลงทะเบียนและคู่สมรสรวมกันต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 35 ตารางเมตร

☐ 1.2) กรณีเป็นที่ยอยู่อาศัยและใช้ประโยชน์จากที่ดิน เพื่อการเกษตร ต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 20 ไร่ หรือในกรณีที่ใช้ประโยชน์ที่ดินเพื่อการอื่นที่ไม่ใช่เพื่อการเกษตรจะต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 2 ไร่

☐ (2) ที่ดินแยกจากที่อยู่อาศัย

☐ (2.1) ในกรณีที่ใช้ประโยชน์ที่ดินเพื่อการอื่นที่ไม่ใช่เพื่อการเกษตร ต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 2 ไร่

☐ (2.2) ในกรณีที่ใช้ประโยชน์ที่ดินเพื่อการเกษตร ต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 20 ไร่

☐ 5.2.2 ไม่มีหนังสือรับรองการทำประโยชน์ และหนังสืออนุญาตให้เข้าทำประโยชน์หรือมีหนังสือดังกล่าว แต่เมื่อรวมกับข้อ 5.2.1 (ยกเว้นข้อ 1.1.2) จะต้องมีพื้นที่ไม่เกิน 2 ไร่ หรือ 20 ไร่ แล้วแต่กรณี ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง

ทั้งนี้ หากมีผู้ลงทะเบียนหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ลงทะเบียนอย่างน้อย 1 คน มีรายชื่อ เป็นเกษตรกร ตามฐานข้อมูลของหน่วยงานของรัฐหรือได้รับอนุญาตให้เข้าทำประโยชน์ในเขตปฏิรูปที่ดินเพื่อเกษตรกรรมให้ถือว่าผู้ลงทะเบียนและสมาชิกในครอบครัวของผู้ลงทะเบียนใช้ประโยชน์จากที่ดินเพื่อการเกษตร

☐ 6. บัตรเครดิต ผู้ลงทะเบียนจะต้องไม่มีบัตรเครดิต ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง

7. หนี้สิน ผู้ลงทะเบียนจะต้องไม่มีวงเงินกู้ หรือมีวงเงินกู้ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง แต่ไม่เกินหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

☐ 7.1 วงเงินกู้สำหรับที่อยู่อาศัยรวมไม่เกิน 1.5 ล้านบาท

☐ 7.2 วงเงินกู้สำหรับยานพาหนะรวมไม่เกิน 1 ล้านบาท

ในการให้ถ้อยคำครั้งนี้ ข้าพเจ้ามิได้มีเจตนาทุจริตแต่อย่างใด และขอรับรองว่าถ้อยคำดังกล่าวข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากปรากฏข้อเท็จจริงเป็นอย่างอื่นภายหลัง ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินคดีตามกฎหมายกับข้าพเจ้าได้ และยินยอมคืนเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและข้อมูลในบัตรประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้แก่หน่วยงานของรัฐและยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถามและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาจัดสรรสวัสดิการและหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามกฎหมายของรัฐ และหรือเพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้ถือว่าคู่ฉบับและบรรดาสำเนา ภาพถ่าย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสารที่ทำขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้าเช่นเดียวกัน

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความทั้งหมดแล้ว และขอรับรองว่าถูกต้อง เป็นความจริงทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(ลงชื่อ)ผู้รับรอง

(.....)

(.....)

วันที่ / /

ตำแหน่ง.....

วันที่ / /

หมายเหตุ : ผู้อำนวยเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองการบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน เป็นผู้ให้การรับรองผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ โดยผู้ยื่นคำขอและผู้รับรอง ต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน

เลขที่

แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชลบุรี

ข้าพเจ้า.....

เลขประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□

อยู่บ้านเลขที่ ซอย ถนน ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

เบอร์โทรศัพท์

ขอรับเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารมาเพื่อ
เป็นหลักฐานด้วยแล้ว

☐ กรณีเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ ที่สังกัดส่วนราชการผู้จ่าย

☐ เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ใช้สำหรับรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน

บัญชีเงินฝากธนาคารสาขา

ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร

☐ เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารอื่น ตามที่ อนุญาต

บัญชีเงินฝากธนาคารสาขา

ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร

☐ กรณีเป็นบุคคลภายนอกเพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร

สาขาประเภท

เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร

และเมื่อ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชลบุรี โอนเงินผ่านระบบ KTB Corporate
Online แล้ว ให้ส่งข้อมูลการโอนเงินผ่านช่องทาง

☐ ข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ (SMS) ที่เบอร์โทรศัพท์

☐ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ตาม e-mail address

ลงชื่อ ผู้มีสิทธิรับเงิน

(.....)

หมายเหตุ : เลขที่ของแบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online ให้ระบุหมายเลขกำกับ
เรียงกันไปทุกฉบับ เพื่อประโยชน์ในการจัดทำทะเบียนคุมการโอนเงิน

หนังสือรับรองการเป็นผู้จัดการศพผู้สูงอายุ

เขียนที่ ที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (ชื่อผู้รับรอง).....อายุ.....ปี
บัตรประจำตัวข้าราชการ/บัตรประจำตัวพนักงาน เลขที่.....ตำแหน่งผู้ใหญ่บ้าน
วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ตำบลนาจอมเทียน อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี เบอร์โทรศัพท์.....
ซึ่งอาศัย หรือปฏิบัติหน้าที่ อยู่ในพื้นที่เดียวกันกับผู้สูงอายุที่ผู้เสียชีวิต ขอรับรองว่า (ชื่อผู้จัดการศพ)
.....เลขประจำตัวประชาชน.....เป็นผู้จัดการศพ
ของ (ชื่อผู้เสียชีวิต).....เลขประจำตัวประชาชน.....จริง
โดยผู้จัดการศพ มีความเกี่ยวพันเป็น.....กับผู้เสียชีวิต

ทั้งนี้ เพื่อให้ใช้หนังสือรับรองฉบับนี้เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณาการขอรับเงินสงเคราะห์
ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่..... ตำบลนาจอมเทียน

อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี



“กองทุนสวัสดิการชุมชน
เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์”

กองทุนสวัสดิการชุมชนเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์

คุณสมบัติของสมาชิกกองทุนสวัสดิการชุมชนเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์

1. สมาชิกสามัญ

- 1.1) เป็นผู้ที่มีอายุ และมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเขตเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์
- 1.2) เป็นผู้มีความประพฤติดี มีความรู้ ความเข้าใจ เห็นชอบในหลักการของกองทุน
- 1.3) เป็นผู้ที่จะปฏิบัติตามระเบียบของกองทุน
- 1.4) ต้องมีอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ถึง 75 ปี
- 1.5) จ่ายค่าสมทบสมาชิกรายปี ปีละ 365 บาท (สามร้อยหกสิบห้าบาทถ้วน) อย่างต่อเนื่อง

2. สมาชิกสมทบ

- 2.1) เจ้าหน้าที่ บุคลากรที่เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์ หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อกองทุน ที่ต้องการเป็นสมาชิก
- 2.2) ผู้ที่คณะกรรมการพิจารณาแล้วมีความเหมาะสม และต้องการเป็นสมาชิกกองทุน

การสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการชุมชนเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์

1. ยื่นขอสมัครเป็นสมาชิกกองทุน โดยขอใบสมัครได้ที่ทำการกองทุน (ชั่วคราว) หรือสำนักงานเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์ (โดยกองสวัสดิการสังคม) และกรอกเอกสารให้สมบูรณ์

2. มีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่กำหนด

3. ส่งเงินเข้าสมทบเป็นรายปี ปีละ 365 บาท (สมัครเป็นสมาชิก 3 เดือน จะมีสิทธิได้รับสิทธิประโยชน์)

หมายเหตุ : เก็บเงินสมทบสมาชิกรายเก่าและเปิดรับสมัครสมาชิกใหม่ประจำปี ช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายนของทุกปี

สิทธิและหน้าที่ของสมาชิกกองทุนสวัสดิการชุมชนเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์

1. เข้าร่วมประชุมสามัญประจำปีหรือวิสามัญ (แล้วแต่กรณี)
2. สมัครเป็นคณะกรรมการกองทุน
3. ลงคะแนนเลือกตั้งประธานกรรมการกองทุน (กรณีหมดวาระ)
4. ประชาสัมพันธ์เชิญชวนให้ผู้ที่สนใจเข้าร่วมสมัครสมาชิกกองทุน
5. ได้รับสวัสดิการตามระเบียบของกองทุน
6. เสนอความคิดเห็น สอบถามข้อเท็จจริงและขอข้อมูลพื้นฐานอันเกี่ยวกับการดำเนินงานของกองทุน
7. ปฏิบัติตนตามระเบียบ ข้อบังคับของกองทุนอย่างเคร่งครัดและถูกต้องตามขนบธรรมเนียมประเพณี
8. ให้ความร่วมมือและสนับสนุน การทำกิจกรรมของกองทุน

การดำเนินงานกองทุนสวัสดิการชุมชนเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์

1. จัดให้มีการประชุมใหญ่สามัญขึ้นปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนมกราคม-มีนาคม เพื่อเป็นการแถลงผลงาน และการเงินบัญชีของกองทุน
2. จัดให้มีกิจกรรมอื่น ๆ ของกองทุนตามความเหมาะสม เทศกาล และภารกิจของเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์
3. ดำเนินการด้านสวัสดิการ ใช้เงินรายได้ตามข้อความสามารถทางการเงินของกองทุน และต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการ หรือสมาชิกในที่ประชุมสามัญ
4. จัดให้มีการประชุมคณะกรรมการ (อย่างน้อยสองเดือนต่อหนึ่งครั้ง) หรือดูलयินิจของประธานกรรมการ เรียกประชุมได้ตามความจำเป็นและเหมาะสม
5. ให้เลขานุการจดบันทึกการประชุมทุกครั้งไว้เป็นหลักฐาน แล้วนำรายงานเสนอคณะกรรมการและสมาชิกทราบ
6. จัดให้มีการประชุมคณะกรรมการ (อย่างน้อยสองเดือนต่อหนึ่งครั้งหรือตามที่มติที่ประชุมเห็นชอบ มีคณะกรรมการเข้าร่วมประชุมอย่างน้อยถึงหนึ่งจึงครบองค์ประชุม

สวัสดิการสมาชิกกองทุนสวัสดิการชุมชนเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์

เมื่อสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการชุมชน จะได้รับสิทธิสวัสดิการหลังจากสมัครเป็นสมาชิกแล้ว 3 เดือนขึ้นไป

1. สวัสดิการการเกิด
กรณีสมาชิกคลอดบุตร จะได้สวัสดิการนอนโรงพยาบาล ครั้งละ 500 บาทต่อปี
2. สวัสดิการเจ็บป่วย
กรณีสมาชิกเจ็บป่วย จะต้องนอนโรงพยาบาลและมีใบรับรองแพทย์ของโรงพยาบาล มีสิทธิเบิกได้ ครั้งละ 500 บาทต่อปี
3. บวชพระ สมาชิกที่บวชพระ จะได้รับเงินสวัสดิการ จำนวน 1,000 บาท โดยสามารถเบิกได้หนึ่งครั้งเท่านั้น
4. แต่งงาน สมาชิกที่จัดงานแต่งงาน จะได้รับสวัสดิการ จำนวน 1,000 บาท โดยสามารถเบิกได้หนึ่งครั้งเท่านั้น
5. กรณีสมาชิกเสียชีวิต มอบเงินสวัสดิการให้กับทายาท ดังนี้
 - สมัครเป็นสมาชิกทันที ได้รับเงิน 500 บาท
 - เป็นสมาชิกระยะเวลา 2 ปี ต่อเนื่อง ได้รับเงิน 1,000 บาท
 - เป็นสมาชิกระยะเวลา 3 ปี ต่อเนื่อง ได้รับเงิน 2,000 บาท
 - เป็นสมาชิกระยะเวลา 5 ปีขึ้นไป ได้รับเงิน 5,000 บาท

6. ทุนการศึกษา ให้ทุนแก่สมาชิกที่ยังอยู่ในวัยศึกษา จำนวน 500 บาทต่อทุน ปีละ 10 ทุน (โดยพิจารณาจากการคัดเลือกคณะกรรมการหรือมติที่ประชุมตามความเหมาะสม)

7. ผู้ด้อยโอกาส ให้ทุนแก่สมาชิกที่ด้อยโอกาส จำนวน 500 บาทต่อทุน ปีละ 10 ทุน (โดยพิจารณาจากการคัดเลือกคณะกรรมการหรือมติที่ประชุมตามความเหมาะสม)

8. กรณีสมาชิกประสบภัยพิบัติ (น้ำท่วม พายุ ไฟไหม้ หรือเหตุอื่น ๆ) พิจารณาการให้ตามที่เป็น รายละเอียดไม่เกิน 1,000 บาท (โดยพิจารณาจากการคัดเลือกคณะกรรมการหรือมติที่ประชุมตามความเหมาะสม)

9. กรณีสวัสดิการพิเศษ เป็นสมาชิกต่อเนื่องครบ 5 ปี จะได้รับสวัสดิการพิเศษ โดยยกเว้นไม่ต้องจ่ายเงินสมทบในปีที่ 6 ทั้งนี้ ต้องไม่เคยรับสิทธิประโยชน์ใด ๆ ของกองทุนตลอดระยะเวลา 5 ปีมาก่อน

10. สวัสดิการด้านศาสนา สาธารณประโยชน์ อาชีพ สิ่งแวดล้อม และศิลปวัฒนธรรม

11. สวัสดิการด้านอาหาร เครื่องดื่ม และอื่น ๆ (โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการหรือมติที่ประชุมตามความเหมาะสม) เมื่อมีกิจกรรมของกองทุน เช่น การประชุมสามัญ

หมายเหตุ : คุณสมบัติผู้สมัคร/สวัสดิการ หากมีการปรับเปลี่ยนจะแจ้งให้สมาชิกทราบ

การพ้นสภาพจากการเป็นสมาชิกของกองทุนสวัสดิการชุมชนเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์ จะไม่ได้รับเงินคืนไม่ว่ากรณีใด ๆ เนื่องจากเป็นกองทุนสะสมไว้ช่วยเหลือสมาชิกกองทุนและสาธารณะประโยชน์

1. ตาย
2. ลาออก
3. ขาดการสมทบเงินตามที่ระเบียบกองทุนได้กำหนดไว้



เลขที่สมาชิก.....

ใบสมัคร

สมาชิกกองทุนสวัสดิการชุมชน เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์

วันที่ เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....อายุ.....ปี บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตำบลนาจอมเทียน อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี อาชีพ..... โทรศัพท์ติดต่อ.....
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน..... วัน/เดือน/ปี เกิด.....



ขอสมัครเป็นสมาชิกกองทุนฯ ด้วยตนเอง



ขอสมัครเป็นสมาชิกกองทุนฯ แทนในนามของ.....

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบลนาจอมเทียน อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี เกี่ยวข้องเป็น.....

โดยยินยอมปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของกองทุนทุกประการ ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร
พร้อมเงินออมสมทบรายปี จำนวน 365 บาทต่อปี มาพร้อมกับใบสมัครนี้แล้ว

ข้าพเจ้าขอแสดงเจตจำนงให้ผู้ที่มีรายชื่อตามที่ระบุไว้ มีสิทธิ์รับผลประโยชน์แทนข้าพเจ้า
เรียงตามลำดับนี้

ลำดับที่ 1..... เกี่ยวข้องเป็น..... เบอร์โทร.....

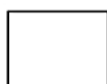
ลำดับที่ 2..... เกี่ยวข้องเป็น..... เบอร์โทร.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร / ผู้สมัครแทน ลงชื่อ.....ผู้รับสมัคร
(.....) (.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่ /.....

ได้ตรวจสอบเอกสารและคุณสมบัติแล้ว

- ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ ในกรณีเด็กแนบสูติบัตร
- ☐ เงินค่าสมัครสมาชิก 365 บาทต่อปี



เอกสารครบถ้วนและรับเงินค่าสมัครเรียบร้อยแล้ว (ฉบับนี้แทนใบเสร็จรับเงิน)

ลงชื่อ..... ผู้รับสมัคร
(.....)

ได้รับใบเสร็จเมื่อสมัครเรียบร้อยแล้ว

หมายเหตุ : แนบสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านในการสมัคร



ใบเสร็จรับเงิน

เลขที่สมาชิก

วันที่

ชื่อ - นามสกุล เบอร์โทรศัพท์

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ต.นาจอมเทียน อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี

รายการ	จำนวนเงิน (บาท)	หมายเหตุ
ค่าบำรุงสมาชิกกองทุนสวัสดิการชุมชน ประจำปี.....	365.-	
รวม	สามร้อยหกสิบห้าบาทถ้วน	

ลงชื่อ ผู้รับเงิน

สำหรับสมาชิกกองทุนฯ



ใบเสร็จรับเงิน

เลขสมาชิก

วันที่

ชื่อ - นามสกุล เบอร์โทรศัพท์

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ต.นาจอมเทียน อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี

รายการ	จำนวนเงิน (บาท)	หมายเหตุ
ค่าบำรุงสมาชิกกองทุนสวัสดิการชุมชน ประจำปี.....	365.-	
รวม	สามร้อยหกสิบห้าบาทถ้วน	

ลงชื่อ ผู้รับเงิน



****คุณสมบัติผู้สมัครกองทุนสวัสดิการชุมชน เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์****

- 1) เป็นผู้ที่มีอายุ และมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์
- 2) เป็นผู้ที่มีความประพฤติดี มีความรู้ ความเข้าใจ เห็นชอบในหลักการของกองทุน
- 3) ต้องมีอายุ 1 ปีขึ้นไป ถึง 75 ปี
- 4) เป็นผู้ที่ยพร้อมจะปฏิบัติตามระเบียบของกองทุน
- 5) ค่าบำรุงสมาชิกรายปี ปีละ 365 บาท (-สามร้อยหกสิบห้าบาทถ้วน-)

หมายเหตุ : เก็บเงินสมทบสมาชิกรายเก่าและเปิดรับสมัครสมาชิกใหม่ประจำปี ช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายนของทุกปี

****สวัสดิการกองทุนสวัสดิการชุมชนเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์****

เมื่อสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการชุมชน จะได้รับสิทธิสวัสดิการหลังจากเป็นสมาชิกแล้ว 3 เดือน

1) สวัสดิการการเกิด

- กรณีสมาชิกคลอดบุตร จะได้สวัสดิการนอนโรงพยาบาล ครั้งละ 500 บาทต่อปี

2) สวัสดิการเจ็บป่วย

- กรณีสมาชิกเจ็บป่วย จะต้องนอนโรงพยาบาลและมีใบรับรองแพทย์ของโรงพยาบาล มีสิทธิเบิกได้ครั้งละ 500 บาทต่อปี

3) บวชพระ

- สมาชิกที่บวชพระ จะได้รับเงินสวัสดิการ จำนวน 1,000 บาท โดยสามารถเบิกได้หนึ่งครั้งเท่านั้น

4) แต่งงาน

- สมาชิกที่จัดงานแต่งงาน จะได้รับสวัสดิการ จำนวน 1,000 บาท โดยสามารถเบิกได้หนึ่งครั้งเท่านั้น

5) กรณีสมาชิกเสียชีวิต มอบเงินสวัสดิการให้กับทายาทหรือตามเจตน์จำนงค์ ดังนี้

- | | | | |
|-------------------------------------|------------|-------|-----|
| - สมัครเป็นสมาชิกทันที | ได้รับเงิน | 500 | บาท |
| - เป็นสมาชิกระยะเวลา 2 ปี ต่อเนื่อง | ได้รับเงิน | 1,000 | บาท |
| - เป็นสมาชิกระยะเวลา 3 ปี ต่อเนื่อง | ได้รับเงิน | 2,000 | บาท |
| - เป็นสมาชิกระยะเวลา 5 ปีขึ้นไป | ได้รับเงิน | 5,000 | บาท |

หมายเหตุ : คุณสมบัติ/สวัสดิการ ถ้ามีการปรับเปลี่ยนจะแจ้งให้สมาชิกทราบ



“กลุ่มสตรี เทศบาลตำบลเขาชีจรรย์”

กลุ่มสตรีเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์

คุณสมบัติของสมาชิกกลุ่มสตรีเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์

1. เป็นสตรี และมีสัญชาติไทย
2. มีอายุตั้งแต่ 18 ถึง 65 ปีบริบูรณ์
3. เป็นผู้ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเขตเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์
4. เป็นผู้เลื่อมใสในการปกครองระบอบประชาธิปไตย อันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นพระประมุข
5. ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ วิกจริตหรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
6. เป็นผู้ประกอบสัมมาชีพ ไม่บกพร่องในศีลธรรมอันดี

หมายเหตุ : เก็บเงินสมทบสมาชิกรายเก่า และเปิดรับสมัครสมาชิกรายใหม่ประจำปี ช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคมของทุกปี

หน้าที่ของสมาชิกกลุ่มสตรีเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์

1. ปฏิบัติตนตามกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับของกลุ่มสตรีเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์
2. เข้าร่วมประชุมใหญ่สามัญประจำปี และการประชุมอื่นตามวาระ
3. ให้ความร่วมมือ สนับสนุน และเข้าร่วมกิจกรรม โครงการต่าง ๆ ที่จัดขึ้นโดยกลุ่มสตรีเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์
4. ประชาสัมพันธ์ เผยแพร่การดำเนินงานของกลุ่มสตรี
5. ปฏิบัติหน้าที่ตามที่คณะกรรมการมอบหมายหรือร้องขอ โดยไม่ขัดต่อวัตถุประสงค์ของกลุ่มสตรี

สิทธิของสมาชิกกลุ่มสตรี

1. สิทธิได้รับประโยชน์และสวัสดิการต่าง ๆ จากกลุ่มสตรีที่ได้ทำความตกลง
2. สิทธิได้รับการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาสตรีต่าง ๆ ของเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์
3. สิทธิเข้าร่วมประชุมใหญ่สามัญประจำปี และประชุมวิสามัญ โดยมีสิทธิอภิปราย ชักถาม แสดงความคิดเห็น และออกเสียงลงคะแนนประชามติที่ประชุม

การพ้นจากสมาชิกภาพ สมาชิกภาพจะสิ้นสุดลงเมื่อ

1. ตาย
2. ลาออก โดยยื่นใบลาออกต่อคณะกรรมการกลุ่มสตรี
3. ขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามอย่างใดอย่างหนึ่ง
4. ย้ายทะเบียนบ้านไปอยู่นอกเขตเทศบาล
5. คณะกรรมการมีมติให้ออก เนื่องจากมีความประพฤติไม่เหมาะสม หรือทำให้กลุ่มสตรีเสื่อมเสียชื่อเสียง



เลขที่สมาชิก

ใบสมัคร

สมาชิกกลุ่มสตรีเทศบาลตำบลเขาชีจรรย์

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้อมูลประจำตัวประชาชน

ชื่อ นาง/นางสาวนามสกุล.....

วัน/เดือน/ปีเกิด วันที่.....เดือน.....ปี พ.ศ. อายุ.....ปี

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

โทรศัพท์มือถือ..... ID line.....

ข้อมูลที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชุมชน.....

อาคาร..... ถนน..... ซอย.....

ตำบลนาจอมเทียน อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี รหัสไปรษณีย์ 20250

ข้อมูลทั่วไป

1. ระดับการศึกษา

- () ไม่ได้รับการศึกษา () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษาตอนต้น
() มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. () ปวส./ปวท./ปวช. ()ปริญญาตรี
() อื่น ๆ ระบุ.....

2. สถานภาพ

- () โสด () สมรสอยู่ด้วยกัน () สมรสแยกกันอยู่ () หย่าร้าง () หม้าย

3. อาชีพ

- () ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน () รับจ้าง () เกษตรกรรม () ค้าขาย
() รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ () อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

หมายเหตุ เอกสารประกอบ : สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 1 ฉบับ และสำเนาทะเบียนบ้าน 1 ฉบับ



ใบเสร็จรับเงิน

เลขสมาชิก

วันที่

ชื่อ - นามสกุล เบอร์โทรศัพท์

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ต.นาจอมเทียน อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี

รายการ	จำนวนเงิน (บาท)	หมายเหตุ
ค่าบำรุงสมาชิกกลุ่มสตรี ประจำปี 2566	200.-	
รวม	สองร้อยบาทถ้วน	

ลงชื่อ ผู้รับเงิน

สำหรับสมาชิกกลุ่มสตรี



ใบเสร็จรับเงิน

เลขสมาชิก

วันที่

ชื่อ - นามสกุล เบอร์โทรศัพท์

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ต.นาจอมเทียน อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี

รายการ	จำนวนเงิน (บาท)	หมายเหตุ
ค่าบำรุงสมาชิกกลุ่มสตรี ประจำปี 2566	200.-	
รวม	สองร้อยบาทถ้วน	

ลงชื่อ ผู้รับเงิน