



- ขั้นตอนการลงทะเบียนผู้สูงอายุ
- ขั้นตอนการลงทะเบียนผู้พิการ
- ขั้นตอนการลงทะเบียนผู้ป่วยเอดส์ หรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง AIDS

กองสวัสดิการสังคม เทศบาลนครแม่สอด

โทร ๐-๕๕๕๓-๑๘๖๓

จัดทำโดย

นางสาวภาวิดา เต้าปาลี

นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ



คู่มือกำกับดูแลสวัสดิการสังคม และสังคมสงเคราะห์ เทศบาลนครแม่สอด

คู่มือการปฏิบัติงานกองสวัสดิการสังคม เป็นระเบียบวิธีปฏิบัติมาตรฐานในการจัดบริการทางสังคมและสังคมสงเคราะห์ ครอบคลุมงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ด้อยโอกาส โดยมุ่งเน้นการให้บริการที่รวดเร็ว ถูกต้อง โปร่งใส เพื่อยกระดับความมั่นคงทางสังคมของประชาชน

รายละเอียดหลักในคู่มือการปฏิบัติงานประกอบด้วย ๔ ส่วนสำคัญ ดังนี้

๑. กระบวนการจ่ายเงินสวัสดิการพื้นฐาน

- **เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ:** ดำเนินการรับลงทะเบียนตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย โดยผู้มีสิทธิจะต้องมีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการซ้ำซ้อนจากรัฐ
- **เบี้ยความพิการ:** รับขึ้นทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ ตามข้อกำหนดสำหรับผู้พิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ
- **เงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด:** ตรวจสอบและบันทึกข้อมูล สำหรับเด็กแรกเกิดในครอบครัวที่มีรายได้น้อยตามเกณฑ์ที่รัฐบาลกำหนด

๒. การสงเคราะห์และช่วยเหลือฉุกเฉิน

- **ผู้ป่วยเอดส์/ผู้ด้อยโอกาส:** รับคำร้องขอรับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์และการจัดสวัสดิการสังคมทั่วไป
- **ผู้ประสบภัยพิบัติ/เหตุฉุกเฉิน:** ประเมินความต้องการเบื้องต้น ลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน และมอบสิ่งของสงเคราะห์หรือเงินช่วยเหลือฉุกเฉินตามระเบียบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๓. การส่งเสริมคุณภาพชีวิตและพัฒนาชุมชน

- **กลุ่มเปราะบาง:** ให้คำปรึกษา แนะนำ ส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และติดตามประเมินผล
- **การพัฒนาชุมชน:** ส่งเสริมอาชีพแก่สตรี ผู้สูงอายุ และจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ
- **การจัดกิจกรรมนันทนาการ:** ส่งเสริมการจัดกิจกรรมเด็ก เยาวชน และประเพณีท้องถิ่น

๔. จรรยาบรรณและมาตรฐานการปฏิบัติงาน

- เจ้าหน้าที่ต้องยึดหลักความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ปฏิบัติงานอย่างเป็นกลาง ไม่เลือกปฏิบัติ และเก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการเป็นความลับ

ภารกิจกองสวัสดิการสังคม

กองสวัสดิการสังคม มีหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับการปฏิบัติงานการสงเคราะห์การดูแลคุณภาพชีวิตประชาชนเด็ก สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการทุพลภาพ และผู้ด้อยโอกาส การส่งเสริมสวัสดิการเด็ก และเยาวชนการพัฒนาชุมชนการจัดระเบียบชุมชนการจัดให้มีและสนับสนุนกิจกรรมศูนย์เยาวชนการส่งเสริมงานประเพณีท้องถิ่นและงานสารบรรณการให้คำปรึกษาแนะนำหรือตรวจสอบเกี่ยวกับงานสวัสดิการสังคม การส่งเสริมอาชีพสร้างรายได้ การแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมการวิจัยการวางโครงการการสำรวจจัดเก็บรวบรวมข้อมูลสถิติ เพื่อนำไปใช้ประกอบการพิจารณากำหนดนโยบายแผนงาน และแนวทางการปฏิบัติในการจัดสวัสดิการ และปฏิบัติงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือได้รับมอบหมายโดยแบ่งส่วนราชการภายใน ดังนี้

๑. ฝ่ายพัฒนาชุมชนมีหน้าที่รับผิดชอบ

- คณะกรรมการชุมชน
- คณะกรรมการกลุ่มผู้สูงอายุ
- คณะกรรมการกลุ่มพัฒนาสตรี
- งานด้านชุมชน

๒. ฝ่ายส่งเสริมและสวัสดิการสังคมหน้าที่รับผิดชอบ

- งานเบี้ยยังชีพ

  -รับขึ้นทะเบียนและจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

- งานเบี้ยความพิการ

  -รับขึ้นทะเบียนและจ่ายเบี้ยยังชีพความพิการ

- งานเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

  -รับขึ้นทะเบียนและจ่ายเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

- งานโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

  -รับขึ้นทะเบียน

- งานฌาปนกิจสงเคราะห์
- งานกองทุนต่างๆ

๓. ฝ่ายสังคมสงเคราะห์

- งานช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสทางสังคม

  -งานสังคมสงเคราะห์เฉพาะราย / กลุ่มชน แก่กลุ่มเป้าหมายต่างๆ เช่น เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วย HIV คนเร่ร่อน ไร้ที่พึ่ง ขอทาน ผู้พ้นโทษฯลฯ

- งานศูนย์บริการทางสังคม

  -ศูนย์ช่วยเหลือประชาชนในเขตเทศบาลนครแม่สอด ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต

  -ศูนย์บริการคนทั่วไปเทศบาลนครแม่สอด

  -การขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

  -งานปรับสภาพที่อยู่อาศัยคนพิการ

  -งานบริการด้านการกู้ยืมเงินกองทุนส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ

- งานสวัสดิภาพเด็กและเยาวชน

  -ศูนย์ชุมชนคุ้มครองเด็กและเยาวชนเทศบาลนครแม่สอด

- งานศูนย์บริการทางสังคม

  -งานบริการให้คำปรึกษา แนะนำด้านสังคมสงเคราะห์ ห้องปันฝันปันสุข (Counseling Room)

  -ประสานส่งต่อแบบทีมสหวิชาชีพ

  -งานบริการขึ้นทะเบียนผู้แสดงความสามารถในการใช้บริการสถานที่เพื่อแสวงความสามารถ

  -งานขึ้นทะเบียนหอพัก ตามพระราชบัญญัติหอพัก พ.ศ.๒๕๕๘

  -งานปรับสภาพที่อยู่อาศัยผู้สูงอายุ

  -งานปรับสภาพที่อยู่อยู่อาศัยผู้มีรายได้น้อยและไร้ที่พึ่ง

  -งานบริการด้านกู้ยืมเงินประกอบอาชีพจากกองทุนผู้สูงอายุ

๔. งานธุรการมีหน้าที่รับผิดชอบ

- ด้านการปฏิบัติการ
  -ปฏิบัติงานธุรการ งานสารบรรณ งานบริการ
  -รวบรวมข้อมูล จัดเก็บสถิติ เอกสารหลักฐานหนังสือ ตามระเบียบวิธีปฏิบัติ
  -ดำเนินการเกี่ยวกับพัสดุ ครุภัณฑ์ของกองสวัสดิการสังคม
  -รวบรวมรายงานผลการปฏิบัติงานและข้อมูลต่างๆ นำเสนอต่อผู้บังคับบัญชา
  -งานงบประมาณ การจัดซื้อจัดจ้าง
- ด้านบริการ
  -ติดต่อประสานงานกับบุคลภายในหน่วยงานเดียวกันหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
  -ให้บริการข้อมูลแก่ผู้มาติดต่อราชการ
  -ผลิตเอกสารต่างๆ เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานตามภารกิจของหน่วยงานและปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้องตามที่ได้รับมอบหมาย



การรับลงทะเบียนผู้สูงอายุ หรือการยืนยันสิทธิเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

การรับลงทะเบียน หรือการยืนยันสิทธิเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยบุคคลที่สามารถลงทะเบียนต้องเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ และแก้ไขเพิ่มเติมดังนี้

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิ์ขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุตรวจสอบดูคุณสมบัติของตัวเองตามรายการ ดังนี้

๑. มีสัญชาติไทย

๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลนครแม่สอดตามทะเบียนบ้าน

๓. เป็นผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์

๔. ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้แก่ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นๆ ใดๆ ในลักษณะเดียวกันผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานะสงเคราะห์ของรัฐบาลหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผู้ได้รับเงินเดือนค่าตอบแทนรายได้ประจำหรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่น ที่รัฐบาล หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำยกเว้น ผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

หมายเหตุ กรณีผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้วในเขตเทศบาลอื่นหรือตำบลอื่นและได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่เขตเทศบาลนครแม่สอด จะต้องมาขึ้นทะเบียนที่เทศบาลนครแม่สอด ได้ตลอดเวลานับตั้งแต่วันที่ย้ายเข้ามาเพื่อใช้สิทธิ์รับเงินเบี้ยยังชีพอย่างต่อเนื่อง



ขั้นตอนการขึ้นทะเบียน หรือการยืนยันสิทธิเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ยื่นเอกสารหลักฐานกรอกแบบฟอร์มแบบคำร้องลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลนครแม่สอด

หลักฐานประกอบการยื่นคำร้องมีดังนี้

-บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีภาพถ่าย

-ทะเบียนบ้าน

-สมุดบัญชีเงินฝาก กรุงไทย หรือออมสิน หรือธกส สำหรับกรณีที่ผู้รับขอเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร

หมายเหตุ ในกรณีผู้สูงอายุไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้สามารถมอบอำนาจให้ผู้อื่น เป็นผู้ยื่นคำขอร้องเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อที่เทศบาลนครแม่สอดพร้อมนำเอกสารดังกล่าวที่กล่าวมาข้างต้นนี้ของผู้รับมอบอำนาจมาด้วย

แบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

<u>เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแบบยืนยันสิทธิแทน</u>

ผู้ยื่นคำขอฯแทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ขอยืนยันสิทธิ

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

□-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่.....

..... โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....เทศบาลนครแม่สอด.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

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

ตำบล.....แม่สอด.....อำเภอ.....แม่สอด....จังหวัด.....ตาก.....รหัสไปรษณีย์....63110.....

โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

สถานภาพสมรส □ โสด □ สมรส □ หม้าย □ หย่าร้าง □ แยกกันอยู่ □ อื่นๆ.....

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

มีความประสงค์

□ **ขอยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖)**

□ **ไม่ขอรับสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ**

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

□ รับเงินสดด้วยตนเอง □ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

□ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ □ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

□ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

□ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

□ "ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ณ วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ"

□ "ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ยื่นยันสิทธิ/ผู้รับมอบอำนาจยืนยันสิทธิ

(ลงชื่อ).....

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับยืนยันสิทธิ

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย √ ในช่อง □ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/

.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

☐ เป็นผู้มีคุณสมบัติยื่นยันสิทธิครบถ้วน

☐ เป็นผู้ที่รอตรวจสอบคุณสมบัติ ณ วันที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพ

☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก

.....

.....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

เจ้าหน้าที่

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกเทศมนตรีนครแม่สอด

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบ

มีความเห็นดังนี้

☐ สมควรรับยื่นยันสิทธิ

☐ ไม่สมควรรับยื่นยันสิทธิ.....

.....

กรรมการ (ลงชื่อ).....

(.....)

.....

กรรมการ (ลงชื่อ).....

(.....)

.....

กรรมการ (ลงชื่อ).....

(.....)

.....

คำสั่ง

☐ รับยื่นยันสิทธิ ☐ ไม่รับยื่นยันสิทธิ ☐ อื่น ๆ.....

.....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

นายกเทศมนตรีนครแม่สอด

วัน/เดือน/ปี .....

⟹ ฉีกตามรายปรุ.....

ยื่นแบบยื่นยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

การยื่นยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการยื่นยันสิทธิ โดยได้รับตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....เป็นต้นไป

การขึ้นลงทะเบียนผู้พิการ

การรับขึ้นทะเบียนผู้พิการบุคคลที่สามารถลงทะเบียนต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๐ ดังนี้

คุณสมบัติของผู้ที่มีสิทธิ์ขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

ผู้พิการตรวจสอบดูคุณสมบัติของตัวเองตามรายการดังกล่าว

-มีสัญชาติไทย

-มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลนครแม่สอดตามทะเบียน

-มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ

-เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

หมายเหตุกรณีได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการอยู่แล้วและได้ย้ายเข้ามาในเขตเทศบาลนครแม่สอดจะต้องมาขึ้นทะเบียนใหม่ที่เทศบาลนครแม่สอดทันทีเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ

ยื่นเอกสารหลักฐานแบบคำขอร้องขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการที่กองสวัสดิการสังคมเทศบาลนครแม่สอด

หลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

-บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการฉบับจริง

-ทะเบียนบ้าน

-สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทย ออมสิน ธกส สำหรับกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผ่านธนาคาร

หมายเหตุ กรณีที่คนพิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้สามารถมอบอำนาจเป็นรายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทนซึ่งต้องนำหลักฐานที่กล่าวมาข้างต้นของคนพิการและคนดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย

ข้อควรทราบ คนพิการที่เป็นผู้สูงอายุสามารถลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้ สูงอายุได้ซึ่งจะทำให้ได้ทั้งเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และเบี้ยความพิการ

ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ

-ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลแม่สอดเพื่อวินิจฉัยและออกเอกสารรับรองของความพิการ

-ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่ เทศบาลนครแม่สอดกองสวัสดิการสังคม

โดยมีการใช้เอกสารดังนี้

๑. เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยแพทย์เฉพาะทางตัวจริง

๒. รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้วจำนวน ๒ รูป

๓. ทะเบียนบ้าน

๔. บัตรประจำตัวประชาชน

๕. ถ้าคนพิการมีผู้ดูแลให้นำเอกสารตามข้อที่ ๓ - ๔ ของผู้ดูแลมาด้วย

กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอทำบัตรประจำตัวคนพิการให้นำหลักฐานตามข้อ ๔ - ๕ มาด้วย

เอกสาร: การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ (ต่อบัตร)

การดำเนินการต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการสามารถติดต่อสอบถาม โทร : ๐๕๕-๕๓๑๘๖๓ กองสวัสดิการสังคมที่เทศบาลนครแม่สอดโดยใช้เอกสารดังนี้

๑. รับรองความพิการโดยไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลแม่สอดวินิจฉัยและออกเอกสารรับรอง

๒. สมุดหรือบัตรประจำตัวคนพิการ เล่มเดิม

๓. รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้วจำนวน ๑ รูป

๔. บัตรประจำตัวประชาชนและทะเบียนบ้าน

๕. กรณีคนพิการมีผู้ดูแลให้นำบัตรประจำตัวประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้ดูแลมาด้วย

๖. ภาพถ่ายเต็มตัวที่แสดงถึงความพิการ ๑ รูป

กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการติดต่อขอต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการให้นำหลักฐานตามข้อที่ ๓ - ๔ มาด้วย

เอกสาร: การขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ (เปลี่ยนแปลงข้อมูล)

การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการสามารถติดต่อได้ที่กองสวัสดิการสังคมเทศบาลนครแม่สอดโดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ๑ ฉบับ

๒. สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ

๓. รูปถ่าย ๑ นิ้ว ๑ รูป

๔. บัตรคนพิการตัวจริง

๕. ภาพถ่ายเต็มตัว ที่แสดงถึงความพิการ ๑รูป

****กรณีมีผู้ดูแล****

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ๑ ฉบับ

(ประธานชุมชน + ผู้ดูแลคนพิการ)

๒. สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ

(ประธานชุมชน + ผู้ดูแลคนพิการ)

๓. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดู ๑ ฉบับ

หมายเหตุ : ผู้ดูแลจะต้องอยู่ในทะเบียนบ้านเดียวกันกับคนพิการ

ติดต่อสอบถาม : ๐๕๕-๕๓๑๘๖๓ กองสวัสดิการสังคม

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

ทะเบียนเลขที่...../๒๕.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕.....

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน:ผู้ยื่นคำขอฯแทนฯ ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา – มารดา ☐ บุตร ☐ สามี – ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ
ชื่อ – สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....
เลขประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่....เทศบาลนครแม่สอด.....

วันที่.....

ด้วยข้าพเจ้าชื่อ.....นามสกุล.....
เกิดวันที่.....อายุ.....ปี สัญชาติ...ไทย.....มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน เลขที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน..... ชุมชน.....ตำบล...แม่สอด.....
อำเภอ...แม่สอด.....จังหวัด...ตาก.....รหัสไปรษณีย์...๖๓๑๑๐.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ.....

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา
☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้
☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางออทิสติก
☐ พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ.....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....
เกี่ยวข้องโดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามี- ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ อื่นๆ .....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่เมื่อ.....

☐ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ อื่นๆ(ระบุ).....
☐ มีอาชีพ (ระบุ).....รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....(บาท)
☐ มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก๑วิธี)
☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล
ธนาคาร..... สาขา.....เลขที่บัญชี.....
พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้
☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการผ่านธนาคาร)
☐หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจผู้ดูแลคนพิการและผู้รับมอบอำนาจ(ในกรณียื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและขอข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน
(.....) (.....)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว

.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....แล้ว

☐ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน

☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้

.....

.....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกเทศมนตรีนครแม่สอด

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน

กรรมการ (ลงชื่อ).....

(.....)

กรรมการ (ลงชื่อ).....

(.....)

กรรมการ (ลงชื่อ).....

(.....)

คำสั่ง

☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่นๆ.....

.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

.....(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้พิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้).....

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการตั้งแต่ ในอัตราเดือนละ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายน ของทุกปี ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณ..กรมการปกครอง..เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ชุมชน.....เขต/อำเภอ.....
แขวง/ตำบล.....จังหวัด.....โทร. .....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณ..กรมการปกครอง...เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....โทร. .....

เป็นผู้มีอำนาจ.....แทนข้าพเจ้า "ทั้งในขณะมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว" จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หลักฐานประกอบของผู้รับมอบอำนาจ
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
- ☐ เอกสารอื่นๆ.....



แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปถ่าย
คนพิการ

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

☐ ขอมีบัตรครั้งแรก

☐ ขอมีบัตรเนื่องจาก ○ บัตรเดิมหมดอายุ ○ ชำรุด
○ สูญหาย ○ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ
○ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

๑.๑ คำนำหน้านาม ○ 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 ที่อยู่ในปัจจุบัน 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

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

๒.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ○ ไม่มี ○ มี (กรอกข้อมูลข้อ ๒.๒)

๒.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(๑) คำนำหน้านาม ○เด็กชาย ○เด็กหญิง ○นาย ○นาง ○นางสาว ○อื่น ๆ (ระบุ)_____

(๒) ชื่อ_____ นามสกุล_____

(๓) เลขประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ○บิดามารดา ○บุตร ○สามีหรือภรรยา ○พี่น้อง
○ปู่ย่าตายาย ○ลุงป้าน้าอา ○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 ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ_____ ลงชื่อ_____

(_____) (_____)

คนพิการ ผู้รับมอบอำนาจ

เลขประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐ ☐

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีครบถ้วน และเห็นควรให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ_____

(_____)

ตำแหน่ง_____

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

○ อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ

○ ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

○ ความเห็นอื่น ๆ _____

ลงชื่อ_____

(_____)

ตำแหน่ง_____

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

หนังสือมอบอำนาจ

เรื่อง.....

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า .....

อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....บุตร นาย/นาง.....

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

จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

ได้มอบอำนาจให้.....

อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....สัญชาติ..... บุตร นาย/นาง.....

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

จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการ.....

แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้ เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน

การลงทะเบียนผู้ป่วยเอดส์หรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง

การลงทะเบียนผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องนั้นบุคคลที่สามารถลงทะเบียนต้องเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๒๕๔๘ ดังนี้

๑. ผู้ป่วยมีสิทธิ์ได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยเป็นโรค เอดส์จริง

๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลนครแม่สอด

๓. ใบรับรองแพทย์ต้องระบุว่าด้วยเป็นโรคผู้ป่วยเอดส์เท่านั้นหากระบุว่าเป็นโรคเอชไอวีหรือภูมิคุ้มกันบกพร่องจะไม่เข้ารับเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์

การยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

สามารถยื่นคำร้องได้ที่กองสวัสดิการสังคมโดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่นดังนี้

-ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยโรงพยาบาลของรัฐบาลยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

-บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง

-ทะเบียนบ้านฉบับจริง

-สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทย / ออมสิน / ธกส. สำหรับกรณีที่ผู้ป่วยขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ผ่านธนาคาร

-กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการส่งเอกสารด้วยตนเองได้สามารถมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้

-กรณีผู้ป่วยเอดส์เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการหรือเป็นทางผู้สูงอายุและคนพิการสามารถลงทะเบียน เพื่อขอรับสิทธิ์ได้โดยไม่ซ้ำซ้อน

-กรณีผู้ป่วยเอดส์ ได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ แล้วต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนาไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นจะต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ เพื่อรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างต่อเนื่อง

แบบคำขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

หนังสือมอบอำนาจ

แบบคำขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

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

เรียน .....

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

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

๑. ที่พักอาศัย ( ) เป็นของตนเอง และมีลักษณะ ( ) ชำรุดทรุดโทรม ( ) ชำรุดทรุดโทรมบางส่วน ( ) มั่นคงถาวร ( ) เป็นของ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

๒ . ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระทาง.....สามารถเดินทางได้ ( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก ..... อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง .....สามารถเดินทางได้ ( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้ ( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก .....

๓. การพักอาศัย ( ) อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ..... ( ) พักอาศัยกับ .....รวม .....คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

๔. รายได้ – รายจ่าย มีรายได้รวม.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....สถานที่ติดต่อเลขที่.....

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

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

โทรศัพท์.....โทรสาร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

..... ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เรียน .....

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์ เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่.....นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

( ) เป็นเงินสด

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เรียน .....

ข้าพเจ้า.....ขอมอบอำนาจให้.....เลข ประจำตัวประชาชน..... อยู่บ้านเลขที่.....ถนน..... ตรอก/ซอย..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ ..... โทรสาร..... เกี่ยวพันเป็น.....เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทน ข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทุกประการ

( ) แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

( ) แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

โดยให้จ่ายให้แก่.....

( ) เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

( ) แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)



สามารถสแกน QR Code

ดูคู่มือกำกับดูแลสวัสดิการสังคม และสังคมสงเคราะห์เทศบาลนครแม่สอด