



คู่มือบริการประชาชน



กองสวัสดิการสังคม

องค์การบริหารส่วนตำบลสารภี

อำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา

คำนำ

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสารภี มีบทบาทหน้าที่การสังคมสงเคราะห์ การพัฒนาชุมชนและการจัดสวัสดิการสังคม ให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคมและส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับประชาชนในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลสารภี รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการรับยื่นยันสิทธิผู้สูงอายุเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ การรับลงทะเบียนคนพิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ การรับคำร้องผู้ป่วยเอดส์เพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ และการรับลงทะเบียนเด็กแรกเกิดเพื่อรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด โดยถือปฏิบัติตามระเบียบ กระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๒ (ฉบับที่ ๔) และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ ขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวกรวดเร็วและถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าวกองสวัสดิการสังคมจึงได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานกองสวัสดิการสังคมเพื่อใช้เป็นคู่มือสำหรับประชาชนผู้มีความประสงค์จะยื่นยันสิทธิการขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์ และเด็กแรกเกิด

กองสวัสดิการสังคม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุคนพิการ ผู้ป่วยเอดส์ และเด็กแรกเกิด มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าว และประชาชนที่มาขอรับบริการต่อไป

กองสวัสดิการสังคม
องค์การบริหารส่วนตำบลสารภี

เรื่อง	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	1-6
การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพความพิการ	7-13
การอำนวยความสะดวกในการทำบัตรคนพิการ	14-17
การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์	18-22
การขึ้นทะเบียนเพื่อรับอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด	23-29
การยื่นแบบคำขอรับเงินสงเคราะห์และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพ ผู้สูงอายุตามประเพณี	30-34

การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

งานที่ให้บริการ การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสารภี

ขอบเขตการให้บริการ วันจันทร์ - วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสารภี

ระยะเวลาเปิดให้บริการ ตั้งแต่เวลา 08.30 น. – 16.30 น.

โทร. 044-756-457

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุหรือผู้แทนมายื่นคำขอขึ้นทะเบียนภายในเดือนพฤศจิกายนของทุกปี ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีหนึ่งดังต่อไปนี้

1. รับเงินสดด้วยตัวเอง หรือรับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
2. โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ หรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

1. มีสัญชาติไทย
2. มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
3. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลสารภี ตามทะเบียนบ้าน
4. ไม่เป็นผู้ที่ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือเทศบาล อบต. ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยบำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ที่ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือ ผลประโยชน์ตอบแทน อย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ ตามระเบียบ กระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2558 การยื่นเอกสารขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุกำหนดให้ผู้สูงอายุ รายใหม่ (59 ปีบริบูรณ์ เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม ถึง 30 กันยายน) มาขึ้นทะเบียนภายในเดือนพฤศจิกายน ของทุกปี

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	ระยะเวลาที่ใช้
1. เขียนคำร้องขอขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ	1 นาที
2. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร	1 นาที
3. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ	1 นาที
4. นายองค์การบริหารส่วนตำบลสารภีอนุมัติ	2 นาที
5. ผู้สูงอายุจะได้รับเงินในปั๊มประมาณถัดไป	
จัดประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุทุกสิ้นเดือน	

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

1. แบบคำขอลงทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จำนวน 1 ชุด
2. บัตรประจำตัวประชาชน พร้อมสำเนา จำนวน 1 ชุด
3. ทะเบียนบ้านฉบับจริง พร้อมสำเนา จำนวน 1 ชุด
4. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (ได้ทุกธนาคาร) จำนวน 1 ชุด
5. หนังสือมอบอำนาจกรณีผู้สูงอายุไม่สามารถดำเนินการด้วยตนเองได้

ค่าธรรมเนียม ไม่เสียค่าธรรมเนียม

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2566

ทะเบียนเลขที่...../....

แบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแบบยืนยันสิทธิแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ยืนยันสิทธิ
 ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ)เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
 □-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่.....
โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ นามสกุล.....
 เกิดวันที่.....เดือน พ.ศ.อายุ.....ปี สัญชาติ..... ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
 เลขที่ หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ ซอย ถนน.....
 ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด รหัสไปรษณีย์
 โทรศัพท์

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

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

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 วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพ
 ผู้สูงอายุ และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

☐ “ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
 และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

ผู้ยืนยันสิทธิ/ผู้รับมอบอำนาจยืนยันสิทธิ

เจ้าหน้าที่ผู้รับยืนยันสิทธิ

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

- ๒ -

ความเห็นเจ้าหน้าที่ เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติยืนยันสิทธิครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ไม่ได้ตรวจสอบคุณสมบัติ ณ วันที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพ ☐ เป็นผู้ที่ไม่ใช่คุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายก เทศมนตรี/อบต. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับยืนยันสิทธิ ☐ ไม่สมควรรับยืนยันสิทธิ กรรมการ (ลงชื่อ) () กรรมการ (ลงชื่อ) () กรรมการ (ลงชื่อ) ()
คำสั่ง ☐ รับยืนยันสิทธิ ☐ ไม่รับยืนยันสิทธิ ☐ อื่น ๆ (ลงชื่อ) นายก เทศมนตรี/นายก อบต. วัน/เดือน/ปี	

ยื่นแบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการยืนยันสิทธิ โดยได้รับตั้งแต่เดือน..... พ.ศ. เป็นต้นไป

หนังสือมอบอำนาจ

เพื่อการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และเบี้ยความพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย.....ชุมชน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัส ไปรษณีย์โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้(นาย,นาง,นางสาว).....

เลขบัตรประจำตัวประชาชนอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย.....ชุมชน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัส ไปรษณีย์โทรศัพท์.....

เกี่ยวพันเป็น.....เพื่อดำเนินการ

() ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ป่วยเอดส์

() เป็นผู้มียอำนาจในการ ☐ รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ รับเงินเบี้ยความพิการ

ธนาคาร.....สาขา.....

ชื่อบัญชี.....เลขบัญชี.....

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไปจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ในขณะที่ข้าพเจ้ามีชีวิตและเสียชีวิตแล้ว

ข้าพเจ้า ขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่า ข้าพเจ้ากระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น เพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....) (.....)

ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....พยาน
(.....) (.....)

หมายเหตุ เอกสารประกอบหนังสือมอบอำนาจ

๑.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ

๓.สำเนาบัญชีธนาคาร

๒.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

๔.กรอกเอกสารให้ครบถ้วนและพยานลงนามให้ครบ

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำ ตัวประชาชน
เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้าน เลขที่.....
หมู่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบลสารภี เขต/อำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา
รหัส ไปรษณีย์๓๐๔๑๐.....

มอบอำนาจให้ ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน.
เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัส ไปรษณีย์.....

เป็นผู้มีอำนาจลงทะเบียนแสดงตนการมีชีวิตรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ/คนพิการ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำ ไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ ต้องแนบหลักฐาน สำเนาทะเบียนบ้าน และ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ บัตรอื่นซึ่งปรากฏหมายเลข
ประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก ที่ทางราชการออกให้ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ทั้งของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
ทั้งนี้ต้องนำบัตรตัวจริงมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย

การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพความพิการ
งานที่ให้บริการ การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพความพิการ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสารภี
ขอบเขตการให้บริการ วันจันทร์ - วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสารภี
ระยะเวลาเปิดให้บริการ ตั้งแต่เวลา 08.30 น. – 16.30 น.
โทร. 044-756-457

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

การรับลงทะเบียนผู้พิการเป็นไปตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2553 โดยผู้พิการจะต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ได้แก่

- 1) มีสัญชาติไทย
- 2) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลสารภี
- 3) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- 4) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

- ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ โดยรับเงินสดด้วยตนเอง หรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร ในนามคนพิการ หรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี

- ผู้พิการที่ขึ้นทะเบียนเรียบร้อยแล้ว จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพในเดือนถัดไปหลังประกาศสิ้นเดือน

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	ระยะเวลาที่ใช้
1. เขียนคำร้องขอขึ้นทะเบียนผู้พิการ	1 นาที
2. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร	1 นาที
๓ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ	1 นาที
๔ นายองค์การบริหารส่วนตำบลสารภีอนุมัติ	2 นาที
จัดประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการในเดือนถัดไป	

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

- | | | |
|--|--------------|--------------|
| 1. แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ | จำนวน 1 ชุด | |
| 2. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ | จำนวน 1 ฉบับ | |
| 3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน 1 ฉบับ | |
| 4. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน 1 ฉบับ | |
| 5. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (ได้ทุกธนาคาร) | | จำนวน 1 ฉบับ |
| 6. หนังสือมอบอำนาจกรณีผู้พิการไม่สามารถดำเนินการด้วยตนเองได้ | | จำนวน 1 ฉบับ |
| 7. ใบรับรองความพิการของแพทย์ | จำนวน 1 ฉบับ | |

ค่าธรรมเนียม ไม่เสียค่าธรรมเนียม

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

1. ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่4) พ.ศ. 2562

ทะเบียนเลขที่/.....

แบบคำขอยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ
 ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา - มารดา ☐ บุตร ☐ สามเ - ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ
 ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ)
 เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ ที่อยู่
 โทรศัพท์

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

คำนำหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (ระบุ)

ชื่อ นามสกุล.....

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

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

ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางจิตใจ☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมสถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ โทรศัพท์.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่

เมื่อ

☐ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ..... ☐ อื่นๆ (ระบุ)☐ มีอาชีพ (ระบุ) รายได้ต่อเดือน (ระบุ)..... (บาท)☐ มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแลธนาคาร สาขา เลขที่บัญชี ☐☐☐-☐☐☐☐☐☐☐

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)☐ หนังสือมอบอำนาจหรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอ แทน)สแกนด้วย  หรือแจ้งขอรับรองว่า... เป็นผู้ยินยอมสมัครรับเงินและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

หนังสือมอบอำนาจ

เพื่อการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และเบี้ยความพิการ

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

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ชุมชน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัส ไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้(นาย,นาง,นางสาว).....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ชุมชน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัส ไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
เกี่ยวพันเป็น.....เพื่อดำเนินการ

- () ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ป่วยเอดส์
() เป็นผู้มอบอำนาจในการ ☐ รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ รับเงินเบี้ยความพิการ

ธนาคาร.....สาขา.....
ชื่อบัญชี.....เลขบัญชี.....

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไปจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ในขณะที่ข้าพเจ้ามีชีวิตและเสียชีวิตแล้ว

ข้าพเจ้า ขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่า ข้าพเจ้ากระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น เพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....) (.....)

ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....พยาน
(.....) (.....)

หมายเหตุ เอกสารประกอบหนังสือมอบอำนาจ

- ๑.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ
- ๒.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
- ๓.สำเนาบัญชีธนาคาร
- ๔.กรอกเอกสารให้ครบถ้วนและพยานลงนามให้ครบ

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน
เลขที่.....ออกให้ ณ เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....แขวง/ตำบลสารภี เขต/อำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา
รหัสไปรษณีย์๓๐๔๑๐.....

มอบอำนาจให้ ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน
เลขที่.....ออกให้ ณ เมื่อวันที่.....
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

เป็นผู้มีอำนาจลงทะเบียนแสดงตนการมีชีวิตอยู่ขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ/คนพิการ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำ ไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ ต้องแนบหลักฐาน สำเนาทะเบียนบ้าน และ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ บัตรอื่นซึ่งปรากฏหมายเลข
ประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก ที่ทางราชการออกให้ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ทั้งของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
ทั้งนี้ต้องนำบัตรตัวจริงมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย

หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ชื่อผู้รับรอง).....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน/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).....

เป็นผัดแลคนพิการชื่อ (ชื่อคนพิการ)..... เลขประจำตัวประชาชน.....

.....จริง โดยผู้ดูแลคนพิการ มีความเกี่ยวพันเป็น.....

กับคนพิการ และเป็นผัดแลคนพิการ ซึ่งปัจจุบันพักอาศัยอยู่บ้านหลังเดียวกันจริง ทั้งนี้เพื่อให้ใช้หนังสือรับรองฉบับนี้

เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา

☐ ออกบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ เปลี่ยนผ้าคลุมคนพิการ ☐ เพิ่มชื่อผ้าคลุมคนพิการ

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ :

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

การอำนวยความสะดวกในการทำบัตรประจำตัวคนพิการ

งานที่ให้บริการ การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพคนพิการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสารภี

ขอบเขตการให้บริการ วันจันทร์ - วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสารภี

ระยะเวลาเปิดให้บริการ ตั้งแต่เวลา 08.30 น. – 16.30 น.

โทร. 044-756-457

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

- การทำบัตรประจำตัวคนพิการเป็นอำนาจหน้าที่ของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดชัยภูมิ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 แก้ไขเพิ่มเติมถึงฉบับที่ 2 พ.ศ.2552 ตามมาตรา 18 และมาตรา 19 ที่กำหนดให้คนพิการอาจ ยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการต่อนายทะเบียนกลางหรือนายทะเบียนจังหวัด ณ สำนักงาน ทะเบียนกลาง สำนักงานทะเบียนจังหวัด หรือสถานที่อื่นตามที่ระเบียบกำหนด การยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ การออกบัตร การกำหนดเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร ประจำตัวคนพิการ การกำหนดสิทธิหรือการเปลี่ยนแปลงสิทธิ การสละสิทธิของคนพิการและอายุบัตรประจำตัวคนพิการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

- กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลบ้านเพชร ได้อำนวยความสะดวกในการทำบัตรประจำตัวคนพิการ เนื่องจากต้องการให้ประชาชนและผู้รับบริการได้รับความ สะดวก สบาย ไม่ต้องเดินทางไปทำบัตรประจำตัว คนพิการด้วยตนเองที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชัยภูมิ แต่ถ้าคนพิการรายใดต้องการ ไปทำด้วยตนเองก็สามารถ ไปดำเนินการเองได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชัยภูมิ ในวัน และ เวลาราชการ

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	ระยะเวลาที่ใช้
1. เขียนคำร้องขอทำบัตรประจำตัวคนพิการ	1 นาที
2. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร	1 นาที
3. เจ้าหน้าที่ทำหนังสือราชการเพื่อประสานไปยังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครราชสีมา	1 วัน
4.สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครราชสีมาประสานส่งบัตรประจำตัวคนพิการให้องค์การบริหารส่วนตำบลสารภี	1-2 วัน
5. เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลสารภี ติดต่อผู้รับบริการมารับบัตรประจำตัวคนพิการ	1 วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

1. แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน 1 ชุด
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
3. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
4. เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลเอกชนที่ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ แห่งชาติ ประกาศกำหนด จำนวน 1 ฉบับ
5. รูปถ่ายคนพิการ 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป

กรณีมีผู้ดูแลผู้พิการ ต้องเตรียมเอกสารดังนี้

1. สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้ดูแล) จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ผู้ดูแล) จำนวน 1 ฉบับ
3. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ ฯ จำนวน 1 ฉบับ

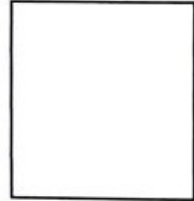
ค่าธรรมเนียม ไม่เสียค่าธรรมเนียม

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556



แบบคำขอมิบัติประจำตัวคนพิการ



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

☐ ขอมิบัติครั้งแรก

☐ ขอมิบัติใหม่เนื่องจาก ☐ บัณฑิตหมดอายุ ☐ ชำรุด
☐ สูญหาย ☐ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ
☐ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

๑.๑ คำนำนานาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

๑.๒ ชื่อ.....สกุล.....

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

๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน

๑.๕ ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ (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.....

Email Address.....

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

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....โทรสาร.....

๑.๙ การศึกษา

☐ ไม่ได้เรียน

จบการศึกษาชั้นสูงสุด

☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ อาชีวศึกษา (ปวช.) ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

☐ อนุปริญญา ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)

☐ ปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....

☐ สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา..... ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

๑.๑๐ อาชีพ

☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....

ประกอบอาชีพ

☐ เกษตรกรรม

☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

☐ ลูกจ้างเอกชน

☐ รับจ้างทั่วไป

☐ ธุรกิจส่วนตัว

☐ อาชีพอื่นๆ (ระบุ).....

-๒-

- ๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ.....บาท/เดือน
 ๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว).....บาท
 ๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี)คน

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

- ๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ☐ มี ☐ ไม่มี
- ๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้
- (๑) คำนำนานาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (ระบุ)
- (๒) ชื่อ.....นามสกุล.....
- (๓) เลขประจำตัวประชาชน
- (๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ☐ บิดามารดา ☐ บุตร ☐ สามเณรหรือภรรยา ☐ พี่น้อง
☐ ปู่ย่าตายาย ☐ ลูกพี่ลูกน้อง ☐ บุคคลอื่นๆ (ระบุ).....
- (๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
 หมู่บ้าน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....โทรสาร.....
 Email Address.....
- (๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล.....บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูล
 ส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ.....
 (.....)

คนพิการ

ลงชื่อ.....
 (.....)

ผู้รับมอบอำนาจ

เลขประจำตัวประชาชน

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน และเห็นควรให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการได้

ลงชื่อ.....
 (.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

- ☐ อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ
- ☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคม
 และความมั่นคงของมนุษย์
- ☐ ความเห็นอื่น ๆ

ลงชื่อ.....
 (.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
งานที่ให้บริการ การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสารภี
ขอบเขตการให้บริการ วันจันทร์ - วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสารภี
ระยะเวลาเปิดให้บริการ ตั้งแต่เวลา 08.30 น. – 16.30 น.
โทร. 044-756-457

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

- การรับคำขอการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์เป็นไปตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548 โดยผู้ป่วยเอดส์จะต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ได้แก่

- 1) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลสารภี
- 2) มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

- ระยะเวลาในการยื่นคำขอการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์สามารถยื่นคำร้องได้ ทั้งปี โดย ทางองค์การบริหารส่วนตำบลสารภีจะเข้าตรวจสอบสภาพ ความเป็นอยู่ของผู้รับการสงเคราะห์และได้รับการตรวจสอบและ พิจารณาให้ได้รับการสงเคราะห์ช่วยเหลือทางองค์การบริหารส่วนตำบลสารภี จะโอนเงินสงเคราะห์ให้ในปีงบประมาณ ถัดไป

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	ระยะเวลาที่ใช้
1. เขียนคำร้องขอขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์	1 นาที
2. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร	1 นาที
3. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ	2 นาที
4. นายองค์การบริหารส่วนตำบลสารภี อนุมัติ	2 นาที
จัดประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์สิ้นเดือน	
กองสวัสดิการสังคม ทำเรื่องอนุมัติเบิกจ่ายเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์	

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

- | | |
|--|--------------|
| 1. แบบคำขอรับการสงเคราะห์ | จำนวน 1 ฉบับ |
| 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน 1 ฉบับ |
| 3. สำเนาทะเบียนบ้านฉบับจริง | จำนวน 1 ฉบับ |
| 4. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ช.ก.ส) | จำนวน 1 ฉบับ |
| 5. หนังสือมอบอำนาจกรณีผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถดำเนินการด้วยตนเองได้ | จำนวน 1 ฉบับ |
| 6. ใบแสดงการตรวจโรคของแพทย์ที่รับรองการป่วยเป็นโรคเอดส์ | จำนวน 1 ฉบับ |

ค่าธรรมเนียม ไม่เสียค่าธรรมเนียม

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

1. ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548

ทะเบียนเลขที่ /

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

เฉพาะกรณีผู้ป่วยเอดส์มอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอ ฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ลงทะเบียน

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ)

เลขที่ประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ - - - -

ที่อยู่..... โทรศัพท์

ข้อมูลผู้ป่วยเอดส์

เขียนที่.....

วันที่ เดือน..... พ.ศ.

คำนำหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (ระบุ)..... ชื่อ

..... นามสกุล.....

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

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

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

..... รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ - - - ☐ สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ (ระบุ)..... รายได้ต่อเดือน (ระบุ). บาท

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ..โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือกมา ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบ

อำนาจผู้มีสิทธิ ธนาคาร..... สาขา.....

เลขที่บัญชี

พร้อมเอกสารดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน☐ ใบรับรองแพทย์ (จากโรงพยาบาลของรัฐ)☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของมอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนไม่ได้เป็น ผรบำนานาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจาก
หน่วยงานของ รัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความ
จริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำ
ขอ
(.....)

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

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

- ๒ -

ความคิดเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบ คุณสมบัติของ ด.ช./ด.ญ./นาย/ นาง/ น.ส. หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ -□□□□-□□□□□-□□-□ ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	ความคิดเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสารภี คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้น ทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)
คำสั่ง ☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่นๆ..... (ลงชื่อ)..... (.....) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสารภี วัน/เดือน/ปี.....	

การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
งานที่ให้บริการ การขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
หน่วยงานที่รับผิดชอบ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสารภี
ขอบเขตการให้บริการ วันจันทร์ - วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสารภี
ระยะเวลาเปิดให้บริการ ตั้งแต่เวลา 08.30 น. – 16.30 น.
โทร. 044-756-457

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสารภีดำเนินการตามโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด โดยให้จ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูให้กับเด็กแรกเกิดที่อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ในอัตรา 600 บาท ต่อคน ต่อเดือน จนมีอายุครบ 6 ปี และจะต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามได้แก่

คุณสมบัติเด็กแรกเกิดที่มีสิทธิ

1. มีสัญชาติไทย (พ่อแม่มีสัญชาติไทย หรือพ่อหรือแม่มีสัญชาติไทย)
2. เด็กที่มีอายุไม่เกิน 6 ปี
3. อาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย
4. ไม่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของหน่วยงานของรัฐ หรือเอกชน

คุณสมบัติผู้ปกครองที่มีสิทธิลงทะเบียน

1. มีสัญชาติไทย
2. เป็นบุคคลที่รับเด็กแรกเกิดไว้ในความอุปการะ
3. เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วย

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	ระยะเวลาที่ใช้
1. เขียนคำร้องขอขึ้นทะเบียนรับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด	2 นาที
2. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารและบันทึกข้อมูลในระบบ	2 นาที
3. จัดประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด	ภายใน 15 วัน
4. เจ้าหน้าที่ส่งเอกสารให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดนครราชสีมา	1 - 2 วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

- | | |
|---|----------------------|
| 1. แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.01) | จำนวน 1 ชุด |
| 2. แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.02) | จำนวน 1 ชุด |
| 3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง | จำนวน 1 ฉบับ |
| 4. สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด | จำนวน 1 ฉบับ |
| 5. ใบรับรองเงินเดือน หรือหนังสือรับรองรายได้ของสมาชิกในครัวเรือนที่มีรายได้ประจำ | จำนวน 1 ฉบับ |
| 6. เอกสารหรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่รัฐหรือบัตรอื่นที่แสดงสถานะตำแหน่งของผู้รับรองคนที่ 1 และ 2 | จำนวน อย่างละ 1 ฉบับ |

**** ผู้ปกครองที่ลงทะเบียนต้องผูกพร้อมเพย์กับเลขบัตรประจำตัวประชาชนด้วย****

ค่าธรรมเนียม ไม่เสียค่าธรรมเนียม

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- ระเบียบกรมกิจการเด็กและเยาวชนว่าด้วยการจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด พ.ศ. 2565

แบบ คร.01



แบบคำร้องขอลงทะเบียน
เพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ปีงบประมาณ

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

1. ข้อมูลผู้ลงทะเบียน ☐ เป็นผู้ลงทะเบียนตามโครงการเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
 - 1.1 ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ ผู้ปกครอง ความสัมพันธ์กับเด็กแรกเกิด ระบุ.....
 - 1.2 ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว.....
 - 1.3 เลขประจำตัวประชาชน
 - 1.4 เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี
 - 1.5 สัญชาติ.....
 - 1.6 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....อาคาร/ตึก.....ชั้น.....เลขที่ห้อง.....หมู่บ้าน.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
 - 1.7 ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ใช้ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....อาคาร/ตึก.....ชั้น.....เลขที่ห้อง.....หมู่บ้าน.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
 - 1.8 อาชีพ ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ ประกอบอาชีพ ระบุ.....
 - 1.9 การศึกษา ☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ กำลังศึกษา.....
 - ☐ จบการศึกษา (สูงสุด).....
2. ข้อมูลเด็ก (ตามสูติบัตร)
 - 2.1 ชื่อ - นามสกุล ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง.....
 - 2.2 เลขประจำตัวประชาชน
 - 2.3 เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อมูลมารดา

 - 2.4 ☐ เด็กหญิง ☐ นาง ☐ นางสาว.....
 - 2.5 เลขประจำตัวประชาชน
 - 2.6 อายุ.....ปี
 - 2.7 สัญชาติ.....

ข้อมูลบิดา

☐ ไม่ปรากฏบิดา

 - 2.10 ☐ เด็กชาย ☐ นาย.....
 - 2.11 เลขประจำตัวประชาชน
 - 2.12 อายุ.....ปี
 - 2.13 สัญชาติ.....

3. ช่องทางการรับเงินอุดหนุน เลือกเพียง 1 ธนาคาร (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องของลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

☐ ธนาคารกรุงไทย ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ ☐ ธนาคาร อ.ก.ส.ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ ☐ ธนาคาร ออมสิน ประเภทบัญชี เงินฝากเผื่อเรียก
ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

4. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- ☐ 4.1 แบบคำร้องของลงทะเบียน (คร.01)
☐ 4.2 แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (คร.02)
☐ 4.3 สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
☐ 4.4 หนังสือรับรองรายได้หรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่มีรายได้ประจำเป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท) จำนวน.....ใบ (ถ้ามี)
☐ 4.5 เอกสาร หรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรหรือเอกสารอื่นใดที่แสดงสถานะหรือตำแหน่งของผู้รับรองคนที่ 1 และผู้
 รับรองคนที่ 2
☐ 4.6 สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
 (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องของลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ได้ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของ
 ข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ยินยอมให้นำข้อมูลในบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อ
 ตรวจสอบสถานะบุคคลในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร ข้อมูลทางการเงินและทรัพย์สิน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ
 ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินในส่วนที่รับไปโดยไม่มีสิทธิ หรือยินยอมให้หักจากสวัสดิการอื่น หรือหักจากบัญชีเงินฝากธนาคารของข้าพเจ้าได้
 ในการนี้ข้าพเจ้ายินดีรับข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็กผ่านช่องทางต่าง ๆ

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

วันที่ลงทะเบียน..... ตำแหน่ง.....
 วันที่ลงทะเบียน.....

คัดตามรอยปรุ.....

หมายเหตุ : สำหรับเก็บไว้เป็นหลักฐานเพื่อยืนยันการลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

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

1.1 ชื่อ-นามสกุล ผู้ลงทะเบียน.....

1.2 เลขประจำตัวประชาชน.....

1.3 ชื่อ - นามสกุล เด็กแรกเกิด ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง.....

1.4 เลขประจำตัวประชาชน.....

2. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- ☐ แบบคำร้องของลงทะเบียน (คร.01)
☐ แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (คร.02)
☐ สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
☐ หนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ
 พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท หรือผู้มีรายได้ประจำ) จำนวน.....ใบ
☐ เอกสาร หรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรอง

คนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2

- ☐ สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องของ
 ลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน



แบบ คร.02

แบบรับรองสถานะของครัวเรือน
ตารางแสดงจำนวนสมาชิกและรายได้ของครัวเรือน

ส่วนที่ 1 : ผู้ลงทะเบียน

ข้อมูลสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่จริงของผู้ลงทะเบียน

(กรณีต่างตัวที่มีบัตรประจำตัวซึ่งไม่มีสัญชาติไทย) สามารถกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มได้

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

จำนวนสมาชิกของครัวเรือนทั้งหมด.....คน (นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย)

รายได้รวมของครัวเรือน.....บาท/ปี รายได้เฉลี่ยสมาชิกของครัวเรือน.....บาท/คน/ปี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายชื่อที่ปรากฏข้างต้น เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่ติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 180 วัน ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และสถานะของครัวเรือนของข้าพเจ้าเมื่อคำนวณแล้วมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง และยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถาม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคลในบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้า หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตรงความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ระงับสวัสดิการและประโยชน์อื่น ๆ รวมทั้งคืนเงินที่ได้รับ

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน
(.....)
วันที่ลงทะเบียน.....

- หมายเหตุ : 1) รายได้เฉลี่ยคำนวณจากรายได้รวมของครัวเรือนหารด้วยจำนวนสมาชิกทั้งหมดของที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้น โดยนับรวมรายได้ในรอบปีของสมาชิกทุกคนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้นติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 180 วันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยให้นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย ซึ่งสมาชิกของครัวเรือนมีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติโดยสายโลหิต หรือ อยู่กินด้วยกันฉันสามีภรรยา หรือด้วยเหตุอื่นตามกฎหมาย แต่ไม่นับรวมผู้ซึ่งเป็นลูกจ้างหรือผู้ซึ่งได้อนุญาตให้อยู่อาศัยด้วย
- 2) กรณีสมาชิกในครัวเรือนเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานบริษัท ผู้มีรายได้ประจำ ให้แนบหนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือนของผู้มีรายได้ประจำ ด้วยทุกคน
- 3) กรณีสมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐทุกคน ไม่ต้องมีผู้รับรองสถานะของครัวเรือน

ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 1 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)	
ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว นามสกุล..... ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน โทรศัพท์	
☐ รับรอง เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่มีรายได้น้อยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น ☐ ไม่รับรอง เนื่องจาก.....	
(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 1 (.....) ตำแหน่ง..... กว.ชื่อ วันที่..... อ.ชื่อ	
หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 1 : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมืองพัทยา อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการชุมชน ประธานชุมชน ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนั้น ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ ต้องไม่เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน และผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลในครัวเรือนที่มีรายได้น้อยของเด็กแรกเกิด ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ ต้องไม่เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน และผู้รับรองต้องไม่เป็นผู้ที่มิใช่บุคคลในครัวเรือนที่มีรายได้น้อยของเด็กแรกเกิด	
ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 2 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)	
ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว นามสกุล..... ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน โทรศัพท์	
☐ รับรอง เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่มีรายได้น้อยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น ☐ ไม่รับรอง เนื่องจาก.....	
(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 2 (.....) ตำแหน่ง..... กว.ชื่อ วันที่..... อ.ชื่อ	
หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 2 : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมืองพัทยา อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการชุมชน ประธานชุมชน ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนั้น ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ ข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ ต้องไม่เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน และผู้รับรองต้องไม่เป็นผู้ที่มิใช่บุคคลในครัวเรือนที่มีรายได้น้อยของเด็กแรกเกิด	

แบบ คร.06



แบบคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิผู้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

วันที่ยื่นคำร้อง.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ยื่นคำร้อง

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล/นายกเทศมนตรีเทศบาล/นายกเมืองพัทยา/ผู้อำนวยการเขต.....

ข้าพเจ้า ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาวเลขประจำตัวประชาชน - - -

มีความประสงค์ยื่นคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิผู้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดของ

เด็กชาย/เด็กหญิง.....

โดยขอเปลี่ยนแปลงผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

จาก เด็กชาย/เด็กหญิง/นาย/นาง/นางสาว.....

เป็น เด็กชาย/เด็กหญิง/นาย/นาง/นางสาว.....

เนื่องจาก.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง

ลงชื่อ.....

ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

ลงชื่อ.....

ผู้รับคำร้อง

ตำแหน่ง.....

ส่วนที่ 2

เรียน อธิบดีกรมกิจการเด็กและเยาวชน/พัฒนาสังคมและความมั่นคง

ของมนุษย์จังหวัด.....

พร้อมนี้ได้แนบ แบบ คร.01 และ แบบ คร.02 มาเรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

(.....)

ผอ.สำนักงานเขต/นายก อบต./นายกเทศมนตรีเทศบาล/

นายกเมืองพัทยา.....

วันที่.....

ส่วนที่ 3 การพิจารณาข้อเท็จจริง

ได้พิจารณาข้อเท็จจริงตามเหตุผลที่ระบุแล้ว พบว่า

☐ ผู้ยื่นคำร้องเป็นผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนได้

ตามคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิ

☐ ผู้ยื่นคำร้องเป็นผู้ไม่มีสิทธิรับเงินอุดหนุนได้

ตามคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิ

ลงชื่อ.....

ผู้ตรวจสอบ

(.....)

อธิบดีกรมกิจการเด็กและเยาวชน/

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด.....

วันที่.....

หมายเหตุ : ให้แนบบแบบคำร้องขอลงทะเบียน (แบบ คร.01) และแบบรับรองสถานะของครัวเรือน (แบบ คร.02) ของผู้ยื่นขอเปลี่ยนแปลงสิทธิ

การยื่นแบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี
งานที่ให้บริการ แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี
หน่วยงานที่รับผิดชอบ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสารภี
ขอบเขตการให้บริการ วันจันทร์ - วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสารภี
ระยะเวลาเปิดให้บริการ ตั้งแต่เวลา 08.30 น. – 16.30 น.
โทร. 044-756-457

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ระเบียบกรมกิจการผู้สูงอายุกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี พ.ศ. ๒๕46 กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการ และการสนับสนุนการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณีที่สำนักงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

หลักเกณฑ์

1. ผู้เสียชีวิตมีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. สัญชาติไทย
3. ผู้สูงอายุมีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เว้นแต่ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐแต่ยังไม่มีบัตร ให้ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้รับรองอื่นตามที่อธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุกำหนด
4. ผู้ที่รับผิดชอบในการจัดการศพฯ ยื่นคำขอรับเงินตามภูมิลำเนา ได้ที่ สนง.พมจ.ชม. ที่ว่าการอำเภอ, เทศบาล, อบต.
5. ยื่นคำขอภายใน 6 เดือนนับแต่วันที่ออกใบมรณบัตร

คุณสมบัติเด็กแรกเกิดที่มีสิทธิ

5. มีสัญชาติไทย (พ่อแม่มีสัญชาติไทย หรือพ่อหรือแม่มีสัญชาติไทย)
6. เด็กที่มีอายุไม่เกิน 6 ปี
7. อาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำ
8. ไม่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของหน่วยงานของรัฐ หรือเอกชน

คุณสมบัติผู้ปกครองที่มีสิทธิลงทะเบียน

4. มีสัญชาติไทย
5. เป็นบุคคลที่รับเด็กแรกเกิดไว้ในความอุปการะ
6. เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วย

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	ระยะเวลาที่ใช้
1. เขียนแบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ฯ	2 นาที
2. ยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐาน และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ และเอกสารหลักฐานประกอบ	1 นาที
3. เจ้าหน้าที่ส่งเอกสารให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดนครราชสีมา	1 - 2 วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

1. ใบมรณะบัตรของผู้เสียชีวิต จำนวน 1 ใบ
2. ทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต จำนวน 1 ใบ
3. บัตรประชาชนของผู้เสียชีวิต จำนวน 1 ใบ
4. บัตรสวัสดิการแห่งรัฐของผู้เสียชีวิต จำนวน 1 ใบ
5. บัตรประชาชนของผู้ขอรับเงิน จำนวน 1 ใบ
6. ทะเบียนบ้านของผู้ขอรับเงิน จำนวน 1 ใบ
7. หน้าสมุดบัญชีธนาคารของผู้ขอรับเงิน จำนวน 1 ใบ (บัญชีออมทรัพย์ปกติเท่านั้นและเป็นบัญชีที่ใช้ปัจจุบัน)
8. บัตรข้าราชการของผู้ใหญ่บ้านหรือผู้รับรองอื่น จำนวน 1 ใบ (กรณีให้การรับรอง)

หมายเหตุ

กรณีที่ต้องขอหนังสือรับรอง ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐแต่ยังไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ หรือยังไม่ได้ลงทะเบียนเท่านั้น

เอกสารทุกฉบับให้รับรองสำเนาถูกต้อง***เอกสารของผู้เสียชีวิตให้ผู้ขอรับเงินรับรองสำเนาแทน***

ค่าธรรมเนียม

- ไม่เสียค่าธรรมเนียม

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- 1.ระเบียบกรมกิจการผู้สูงอายุกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ การขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี พ.ศ. 2546
- 2.ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง การสนับสนุนการสงเคราะห์ ในการจัดการศพตามประเพณี
- 3.ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดหน่วยงานผู้มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 และ พ.ศ. 2553 ลงวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2553



แบบ ศผส. 01

แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

เขียนที่

วัน เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ 1 : สำหรับผู้ยื่นขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน
 ออกให้โดย วันออกบัตร วันหมดอายุ อาชีพ
 โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง
 อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

ที่อยู่ปัจจุบัน (☐ ตรงกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน)

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง
 อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ตายในฐานะเป็น และเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุ
 โดยได้รับความยินยอมจากบิดา/มารดา/บุตร/พี่น้อง/เครือญาติ/ของผู้สูงอายุที่ตายให้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพของผู้สูงอายุที่ตาย
 ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง
 อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

ที่อยู่ปัจจุบัน (☐ ตรงกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน)

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง
 อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

ถึงแก่กรรมด้วยสาเหตุ เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.
 ตามใบมรณบัตรเลขที่ ออกให้โดย เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าไม่เคยได้รับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพ
 ผู้สูงอายุนี้มาก่อน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและข้อมูลในบัตรประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้แก่
 หน่วยงานของรัฐและยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถามและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐ
 ที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาจัดสรรสวัสดิการและหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามกฎหมายของรัฐ และหรือ
 เพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้ถือว่าข้อมูลลับและบรรดาสำเนา ภาพถ่าย
 ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสารที่ทำขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้าเช่นเดียวกัน

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่ / /

แบบ ศผส. 01

- 2 -

ส่วนที่ 2 : ข้อมูลผู้ให้การรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

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

(ลงชื่อ) ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ / /

คำชี้แจง

- ผู้ยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรม เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้องของผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรม ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่มีญาติ บุคคลที่รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุเป็นผู้ยื่นคำขอรับเงินค่าจัดการศพ เช่น ผู้ให้การดูแล ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น รวมทั้งมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์
- ผู้ให้คำรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี หมายถึง ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน หรือผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ผู้ปกครองสถานสงเคราะห์ ผู้ปกครองสถานดูแล ผู้อำนวยการสถานคุ้มครอง หรือผู้ปกครองสถานใด ๆ ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- คุณสมบัติผู้สูงอายุ
 - (1) มีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป
 - (2) มีสัญชาติไทย
 - (3) ผู้สูงอายุที่ได้รับสิทธิตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ หรือโครงการสวัสดิการ ในลักษณะเดียวกันที่เรียกชื่อเป็นอย่างอื่น หรือเป็นผู้สูงอายุที่ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือ ประธานชุมชน รับรองว่ามีคุณสมบัติตามโครงการดังกล่าว
- 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)
- การยื่นคำขอ ยื่นภายใน 6 เดือนนับตั้งแต่วันออกใบมรณบัตร โดยยื่นคำขอในท้องที่ที่ผู้สูงอายุมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านหรือภูมิลำเนา ที่ถึงแก่ความตาย ในขณะที่ถึงแก่ความตาย ดังต่อไปนี้
 - (1) ในกรุงเทพมหานคร ให้ยื่นคำขอที่สำนักงานเขต สังกัดกรุงเทพมหานคร
 - (2) ในจังหวัดอื่น ให้ยื่นคำขอต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หรือที่ว่าการอำเภอ หรือสำนักงานเทศบาล หรือที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบล หรือศาลาว่าการเมืองพัทยา
- ผู้ยื่นคำขอและผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน

