

คู่มือการปฏิบัติงาน

สวัสดิการสังคม



จัดทำโดย : งานสวัสดิการและพัฒนาชุมชน

สำนักงานปลัด

องค์การบริหารส่วนตำบลโมคลาน

โทรศัพท์ ๐-๓๕๓/๕-๐๐๕๕

เว็บไซต์ WWW.Mokhalan.go.th

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

(๑) มีสัญชาติไทย

(๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต อบต.โมคลาน (ตามทะเบียนบ้าน)

(๓) เป็นผู้มีอายุ ๖๐ ปี บริบูรณ์ขึ้นไปในปิงบประมาณถัดไป

(๔) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

ตั้งแต่ เดือนมกราคม ถึงเดือน พฤศจิกายนของทุกปี

รับขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม

“แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ”

- ❶ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- ❷ สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- ❸ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส.) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขที่บัญชี) สำหรับกรณีที่ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร

หมายเหตุ : ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับ อบต.โมคลาน พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

ขอรับแบบคำขอขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ

และยื่นเอกสารพร้อมหลักฐานได้ที่ สำนักงานปลัด

องค์การบริหารส่วนตำบลโมคลาน

กรณีได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้ว และได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่ตำบลโมคลาน

ต้องมาขึ้นทะเบียนที่ อบต. โมคลานเพื่อใช้สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพต่อเนื่อง ไม่เกินเดือนพฤศจิกายน ของปีนั้นๆนับจากวันย้าย

ผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพอยู่แล้วใน พื้นที่อื่น ภายหลังได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่ในพื้นที่ตำบลโมคลาน ให้มาแจ้งขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพต่อที่ อบต.โมคลาน แต่สิทธิในการรับเงินยัง จะคงอยู่ที่เดิมจนสิ้นปีงบประมาณ

การประกาศรายชื่อผู้สูงอายุ

ให้ผู้ที่ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพมาตรวจสอบ รายชื่อตามประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลโมคลาน หรือจุดประชาสัมพันธ์ในหมู่บ้าน ภายในวันที่ ๑๕ ของทุกเดือน

การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ คิดในอัตราเบี้ยยังชีพแบบ
ขั้นบันได หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วง ๆ หรือ
เป็นขั้นขึ้นไปเรื่อย ๆ โดยเริ่มตั้งแต่อายุ ๖๐ ปี ดังนี้

ขั้น	ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนเงิน (บาท)
ขั้นที่ ๑	๖๐ – ๖๙ ปี	๖๐๐
ขั้นที่ ๒	๗๐ – ๗๙ ปี	๗๐๐
ขั้นที่ ๓	๘๐ – ๘๙ ปี	๘๐๐
ขั้นที่ ๔	๙๐ ปี ขึ้นไป	๑,๐๐๐

วิธีคำนวณอายุ

การคำนวณอายุว่าจะอยู่ในขั้นที่เท่าไร ให้นับ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน เท่านั้น เช่น

๑. นาง ก. เกิด ๒ ตุลาคม ๒๕๐๐ ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ นาง ก. จะอายุ ๖๐ ปี หมายความว่า นาง ก. จะได้รับ เงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๖๐๐ บาท

๒. นาง ข. เกิด ๒ ตุลาคม ๒๕๐๑ ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ นาง ข. จะอายุ ๖๐ ปี หมายความว่า นาง ข. จะได้รับเงิน เบี้ยยังชีพเดือนละ ๖๐๐ บาท ในเดือน พฤศจิกายน ๒๕๖๑

๓. นาง อ. เกิด ๑ ตุลาคม ๒๕๐๑ นางอ.จะอายุครบ ๖๐ ปี ในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑ หมายความว่า นาง อ. จะได้รับเงิน เบี้ยยังชีพ เดือนละ ๖๐๐ บาท ในเดือนตุลาคม ๒๕๖๑

การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑. เสียชีวิต
๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขต อบต.โมคลาน
๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
๔. มีตำแหน่งทางการเมือง (มีเงินเดือน)

หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง
๒. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพ หรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเป็นเงินสด ต้องมารับเงินให้ตรงตามวัน เวลา ที่กำหนด
๓. เมื่อย้ายภูมิลำเนาจาก อบต.โมคลาน ไปอยู่ภูมิลำเนาอื่น ต้องแจ้งข้อมูลเพื่อให้ อบต.โมคลาน ได้รับทราบ
๔. ให้ผู้ที่รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแสดงการมีชีวิตอยู่ต่อ อบต.โมคลาน ระหว่างวันที่ ๑ - ๕ ตุลาคม ของทุกปี
๕. กรณีเสียชีวิตให้ญาติของผู้รับเงินเบี้ยยังชีพแจ้งการตายให้ อบต. โมคลานได้รับทราบ (พร้อมสำเนาใบมรณบัตร)

ขั้นตอนการขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

๑. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสารรับรองความพิการ
๒. ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่
 - ๒.๑ สำนักงานปลัด อบต.โมคลาน หรือ
 - ๒.๒ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครศรีธรรมราช (ศาลากลางจังหวัดหลังใหม่ ชั้น ๑) โดยใช้เอกสารของคนพิการดังต่อไปนี้

๑.เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยแพทย์เฉพาะทาง(ตัวจริง)

๒.รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป

๓.สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

๔.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

๕.ถ้าคนพิการมีผู้ดูแลให้นำสำเนาบัตรประจำตัว

ประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ

จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ พร้อมหนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแล จำนวน ๑ ฉบับ

การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

การดำเนินการต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ สามารถต่อได้ที่ อบต.โมคลานหรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๑. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม

๒. รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป

๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน
อย่างละ จำนวน ๑ ฉบับ

๔. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการมีผู้ดูแล ใช้สำเนาบัตร
ประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ

การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ

การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ สามารถติดต่อได้ที่ อบต.
โมคลาน หรือ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๑. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม

๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน
อย่างละ จำนวน ๑ ฉบับ

๓. **หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนเดิม** ใช้สำเนาบัตร
ประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ

๔. **หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนใหม่** ใช้สำเนาบัตร
ประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ

๕. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ

๖. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้รับรอง
จำนวน ๑ ฉบับ

การขอขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการคุณภาพชีวิตคนพิการ
๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ คนพิการ หรือผู้ดูแลคนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการโดยรับเงินสดด้วยตนเองหรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร ในนามคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ผู้ อนุบาลแล้วแต่กรณี

ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบคนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถให้ผู้แทนโดยชอบธรรมผู้ พักษ์หรือผู้อนุบาลแล้วแต่กรณียื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐาน การเป็นผู้แทนดังกล่าว

วิธีการขอขึ้นทะเบียนเพื่อรับเบี้ยยังชีพคนพิการ

๑.คนพิการที่จะมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ ให้คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์ผู้อนุบาลแล้วแต่กรณียื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ทุกเดือนและจะได้รับเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป

๒.กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณที่ผ่านมาให้ถือว่าเป็นผู้ได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้แล้ว

๓. กรณีคนพิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการได้ย้ายที่อยู่และยังประสงค์ประสงค์จะรับเงินเบี้ยความพิการต้องไปแจ้งต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป/หรือกรณีคนพิการย้ายเข้ามาในพื้นที่ตำบลโมคลาน ก็ให้ขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการโดยไม่ขาดสิทธิได้ ณ อบต.โมคลาน ได้ทุกเดือน

ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงิน

เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดย สถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขต อบต.โมคลาน
๓. การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ อบต.โมคลาน โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่น ดังนี้

๓.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

๓.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)

๓.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)

๔. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้

๕. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด

๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพ
ผู้ป่วยเอดส์ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่
ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ย ยังชีพ
ผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้าย
ภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วย
เอดส์ ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนา เท่านั้น

การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ/ ผู้ป่วยเอดส์

อบต.จะดำเนินการเบิก-จ่ายเงินให้กับผู้สูงอายุ/
คนพิการ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพ โดย
จะจ่าย เป็นเงินสดหรือโอนเข้าบัญชีธนาคาร ตามที่
ได้แจ้งความประสงค์ไว้ภายในวันที่ ๑๐ ของทุก
เดือน

ช่องทางการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คน

พิการ/ผู้ป่วยเอดส์

ผู้ประสงค์รับเงินผ่าน

ผู้ประสงค์รับเงินสด

ธนาคาร
ผ่านธนาคารใด
ก็ได้

รับได้ ณ
สำนักปลัด
อบต.โมคลาน

โอนเข้าบัญชีธนาคาร
ในนามผู้มีสิทธิ์หรือ
ผู้รับมอบอำนาจ/กรณี
คนพิการรับในนามคน

รับเงินสดในนามผู้มี
สิทธิ์ หรือผู้รับมอบ
อำนาจ/กรณีคนพิการ
รับในนาม คนพิการ

สิทธิคนพิการ

การกู้ยืมเงินคนพิการ

คุณสมบัติของผู้พิการที่จะกู้เงิน

๑. มีบัตรประจำตัวคนพิการ
๒. มีความจำเป็นในการขอรับการสนับสนุนเงินกู้ยืมเพื่อประกอบอาชีพในท้องที่ที่ยื่นคำขอ
๓. มีความสามารถในการประกอบอาชีพในเรื่องที่ขอรับการสนับสนุน
๔. บรรลุนิติภาวะ
๕. มีชื่อในทะเบียนบ้านหรือถิ่นที่อยู่ถาวรในท้องที่ที่ยื่นคำขอกู้ไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน
๖. ไม่มีประวัติเสียหายในการกู้ยืมเงินจากกองทุน เว้นแต่ได้ดำเนินการแก้ไขมาแล้วไม่น้อยกว่าหนึ่งปี
๗. กรณีมีหนี้สินอยู่กับกองทุนต้องได้ชำระหนี้มาแล้วไม่น้อยกว่าร้อยละหกสิบของวงเงินกู้ยืมทั้งหมดและเมื่อได้รับการอนุมัติแล้วต้องชำระหนี้สินที่มีอยู่เดิมทั้งหมด
๘. ความสามารถชำระคืนเงินกู้ยืมได้และมีบุคคลที่น่าเชื่อถือได้เป็นผู้ค้ำประกัน

ส่วนผู้ดูแลคนพิการต้องมีคุณสมบัติอย่างนี้

๑. มีความจำเป็นในการขอรับการสนับสนุนเงินกู้ยืมเพื่อประกอบอาชีพในท้องที่ที่ยื่นคำขอ
๒. มีความสามารถในการประกอบอาชีพในเรื่องที่ขอรับการสนับสนุน
๓. บรรลุนิติภาวะ
๔. มีชื่อในทะเบียนบ้านหรือถิ่นที่อยู่ถาวรในท้องที่ที่ยื่นคำขอกู้ไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน
๕. ไม่มีประวัติเสียหายในการกู้ยืมเงินจากกองทุน เว้นแต่ได้ดำเนินการแก้ไขมาแล้วไม่น้อยกว่าหนึ่งปี
๖. กรณีมีหนี้สินอยู่กับกองทุนต้องได้ชำระหนี้มาแล้วไม่น้อยกว่าร้อยละหกสิบของวงเงินกู้ยืมทั้งหมดและเมื่อได้การอนุมัติแล้วต้องชำระหนี้สินที่มีอยู่เดิมทั้งหมด
๗. ความสามารถชำระคืนเงินกู้ยืมได้และมีบุคคลที่น่าเชื่อถือได้เป็นผู้ค้ำประกัน
๘. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
๙. ได้รับการรับรองเป็นหนังสือจากผู้แทนองค์กรด้านคนพิการ กำนันผู้ใหญ่บ้านผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผู้นั้นมีภูมิลำเนา ข้าราชการระดับ ๓ หรือเทียบเท่าขึ้นไป หรือมีหลักฐานเชื่อได้ว่าเป็นผู้ประกอบการเลี้ยงดูคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการซึ่งมิได้มีหนี้สินจากกองทุน

เตรียมเอกสารดังต่อไปนี้

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาบัตร
ประจำตัวคนพิการ

๒. สำเนาทะเบียนบ้าน แพนผังที่อยู่อาศัย

๓. แพนผังสถานที่ประกอบอาชีพ

๔. สำเนาหนังสือสัญญาเช่าบ้าน (ในกรณีที่ผู้กู้เช่าบ้าน
อยู่)

๕. สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประจำตัว
ประชาชนของผู้ค้ำประกัน

๖. หนังสือรับรองเงินเดือนของผู้ค้ำประกัน (เว้นแต่เป็น
เกษตรกร)

๗. หนังสือรับรองว่าเป็นผู้อุปการะคนพิการ (ในกรณี
เป็นผู้ดูแลคนพิการ)

๘. ประमाणการค่าใช้จ่ายในการประกอบอาชีพที่ขอกู้

๙. ใบรับรองแพทย์ (กรณีคนพิการมีสภาพความพิการ
ร้ายแรง และผู้ดูแลคนพิการเป็นผู้ขอู้แทนคนพิการ)

๑๐. รูปถ่ายเต็มตัวผู้กู้

๑๑. สำเนาสมุดเงินฝากออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย
เท่านั้น

การปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับ

คนพิการ

ให้บริการปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการเพื่อเพิ่มความสะดวกในการดำรงชีวิตและปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันในที่อยู่อาศัยของคนพิการเอง เช่น การปรับปรุงห้องน้ำ การติดตั้งราวจับ การปรับพื้นที่ผิวทางเดิน เป็นต้น โดยการประยุกต์ใช้วัสดุที่มีในท้องถิ่นที่คนพิการอาศัยเป็นหลัก ในอัตราเหมาจ่ายรายละไม่เกิน ๒๐,๐๐๐ บาท ตามที่กฎหมายกำหนด

โดยติดต่อที่ สนง.พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (พมจ.นครศรีธรรมราช) อยู่ที่ศาลากลางจังหวัด

การขึ้นทะเบียนเด็กแรกเกิด

๑. คุณสมบัติผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

คุณสมบัติเด็กแรกเกิดที่มีสิทธิ

- ๑) มีสัญชาติไทย (พ่อแม่มีสัญชาติไทย หรือพ่อ หรือแม่มีสัญชาติไทย)
- ๒) เด็กที่มีอายุไม่เกิน ๖ ปี
- ๓) อาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย
- ๔) ไม่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของหน่วยงานของรัฐ หรือเอกชน

คุณสมบัติผู้ปกครองที่มีสิทธิลงทะเบียน

- ๑) มีสัญชาติไทย
- ๒) เป็นบิดา มารดา หรือบุคคลอื่นที่เป็นผู้เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
- ๓) เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วย
- ๔) อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย หรือครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ต่อคน ต่อปี โดยสมาชิกต้องมีความสัมพันธ์ทางเครือญาติหรือการสมรส หรืออยู่กินด้วยกันฉันสามีภรรยา หรือด้วยเหตุอื่นตามกฎหมาย และสมาชิกต้องอาศัยอยู่จริงในครัวเรือนติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า ๑๘๐ วันในรอบปีที่ผ่านมา แต่ไม่นับรวมลูกจ้างครัวเรือน

กรณีผู้ปกครองไม่มีสัญชาติไทย แต่เด็กมีสัญชาติไทย

- ๑) เป็นบุคคลที่เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
- ๒) เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วย

๓) อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำ หรือครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ต่อคน ต่อปี โดยสมาชิกต้องมีความสัมพันธ์ทางเครือญาติหรือการสมรส หรืออยู่กินด้วยกันฉันสามีภรรยา หรือด้วยเหตุอื่นๆตามกฎหมาย และสมาชิกต้องอาศัยอยู่จริงในครัวเรือนติดต่อกันมา ไม่น้อยกว่า ๑๘๐ วันในรอบปีที่ผ่านมา แต่ไม่นับรวมลูกจ้าง ครัวเรือน

๔) ผู้ปกครองและเด็กอาศัยอยู่ในราชอาณาจักรไทย ทั้งนี้มารดาที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ยังไม่ต้องมายื่นคำร้องขอลงทะเบียน ขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด

๒. การลงทะเบียน

๒.๑ ลงทะเบียน ณ องค์การบริหารส่วนตำบลโมคลาน

ผู้ปกครองของเด็กแรกเกิดที่มีสิทธิขอรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ในท้องถิ่นที่เด็กแรกเกิดและผู้ปกครองอาศัยอยู่จริง

เอกสารประกอบการลงทะเบียน ประกอบด้วย

๑) แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.๐๑)

๒) แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒)

๓) สูติบัตรเด็กแรกเกิด

๔) บัตรประจำตัวประชาชนแบบอเนกประสงค์ (Smart Card)

ของผู้ปกครอง

๕) กรณีที่ผู้ยื่นคำร้องลงทะเบียนและสมาชิกในครัวเรือนของผู้ยื่นคำร้องลงทะเบียน เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท ต้องมีเอกสารใบรับรองเงินเดือน

หรือหนังสือรับรองรายได้ของทุกคนที่มีรายได้ประจำ (สลิปเงินเดือน หรือเอกสารหลักฐานที่นายจ้างลงนาม)

๖) เอกสาร หรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรองคนที่ ๑ และผู้รับรองคนที่ ๒

๒.๒ ลงทะเบียนผ่านแอปพลิเคชัน “เงินเด็ก”

ผู้ปกครองยื่นคำร้องขอลงทะเบียนผ่านแอปพลิเคชัน “เงินเด็ก” ดำเนินการดาวน์โหลด แอปพลิเคชัน D.DOPA และ แอปพลิเคชัน “เงินเด็ก” สามารถดาวน์โหลดได้จากระบบ IOS (App Store) และระบบ Android (Play Store) ทั้งนี้ผู้ปกครองจะต้องพิสูจน์ตัวตนในครั้งแรก ณ ที่ว่าการอำเภอ หรือสำนักงานเขต จากนั้นให้ยืนยันตัวตนผ่านแอปพลิเคชัน D.DOPA ของกรมการปกครอง ก่อนดำเนินการลงทะเบียนขอรับสิทธิเงินอุดหนุน เพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดผ่านแอปพลิเคชัน “เงินเด็ก”

เอกสารประกอบการลงทะเบียน ประกอบด้วย

๑.๑) หลักฐานในการรับรองสถานะของครัวเรือน พร้อมภาพถ่ายบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรองคนที่ ๑ และและผู้รับรองคนที่ ๒

๑.๒) กรณีที่ผู้ยื่นคำร้องลงทะเบียนและสมาชิกในครัวเรือนของผู้ยื่นคำร้อง ลงทะเบียนเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท ต้องมีเอกสารใบรับรองเงินเดือน หรือหนังสือรับรองรายได้ของทุกคนที่มีรายได้ประจำ (สลิปเงินเดือน หรือเอกสารหลักฐานที่นายจ้างลงนาม) โดยผู้ยื่นคำร้องขอ

ลงทะเบียน รับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดต้องแนบเอกสารในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์

๒.๓ การลงทะเบียนของผู้ปกครองซึ่งไม่มีสัญชาติไทย

ผู้ปกครองที่ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย แต่เด็กแรกเกิดมีสัญชาติไทยสามารถยื่นคำร้องขอลงทะเบียนได้ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือกรมกิจการเด็กและเยาวชน หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด แล้วแต่กรณี

เอกสารประกอบการลงทะเบียน ประกอบด้วย

- ๑.๑) แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.๐๑)
- ๑.๒) แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒)
- ๑.๓) บัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทยหรือบัตรประจำตัวบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน
- ๑.๔) สูติบัตรเด็กแรกเกิด
- ๑.๕) กรณีที่ผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนและสมาชิกในครัวเรือนของผู้ยื่นคำร้อง ขอลงทะเบียน เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท ต้องมีเอกสารใบรับรองเงินเดือน หรือหนังสือรับรองรายได้ของทุกคนที่มีรายได้ประจำ (สลิปเงินเดือน หรือเอกสารหลักฐานที่นายจ้างลงนาม)

๑.๖) เอกสาร หรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรองคนที่ ๑ และผู้รับรองคนที่ ๒

๑.๗) สมุดบัญชีเงินฝากของผู้ปกครอง (บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย บัญชีเงินฝากเพื่อเรียกธนาคารออมสิน หรือบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร ใดๆอย่างหนึ่งเท่านั้น)

แบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

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

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนท้องค้การบริหารส่วนตำบลโมคลาน

วันที่..... เดือน พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....
 เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนา
 ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน.....บ้าน.....ตรอก/ซอย.....ถนน
ตำบล โมคลาน อำเภอ ท่าศาลา จังหวัด นครศรีธรรมราช รหัสไปรษณีย์ 80160
 โทรศัพท์.....

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

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

มีความประสงค์ ☐ ขอยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่า

ด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2566)

☐ ไม่ขอรับสิทธิเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

- ☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ
 บำเหน็จรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอ
 รับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - แล้ว ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโมคลาน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มี ความเห็น ดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นายสุรียัน ชูเมือง) ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลโมคลาน กรรมการ (ลงชื่อ) (นายเอกชัย ผลววรรณ) รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล กรรมการ (ลงชื่อ) (นายธวัชชัย แก้วสีทอง) นักพัฒนาชุมชน
☐ รับยืนยันสิทธิ ☐ ไม่รับยืนยันสิทธิ ☐ อื่นๆ (ลงชื่อ) (นายฉัตรชัย ศรีวิสุทธิ) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโมคลาน วัน/เดือน/ปี 	

ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยจะได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน โดยได้รับตั้งแต่เดือน.....พ.ศ..... เป็นต้นไป กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ นับตั้งแต่วันที่ย้ายแต่ไม่เกินเดือนพฤศจิกายนของปีนั้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้เป็นผู้สูงอายุ ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมจนสิ้นปีงบประมาณที่ได้ลงทะเบียนไว้ และรับที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ในปีงบประมาณถัดไป

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....จนท.ผู้รับจดทะเบียน
(.....)

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2567

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ
ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลพิการ)..... เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ ☐- ☐☐☐☐- ☐☐☐☐☐ - ☐☐☐ ที่อยู่

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่องค์การบริหารส่วนตำบลโมคลาน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก / ซอย.....ถนน.....

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางจิตหรือพฤติกรรม หรือออทิสติก

☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้

☐ พิการซ้ำซ้อน ☐ ไม่ระบุความพิการ

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

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

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

☐ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

☐ ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเอง ☐ มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การดำรงชีพ ☐ ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

☐ มีอาชีพ (ระบุ).....บาท รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....บาท

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2567 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี ☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้ ☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

(.....)

(.....)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ใส่ช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - - แล้ว ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโมคลาน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็น ดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นายสุริยัน ชูเมือง) ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลโมคลาน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นายเอกชัย ผลาวรรณ) รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นายธวัชชัย แก้วสีทอง) นักพัฒนาชุมชน
คำสั่ง ☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่น ๆ (ลงชื่อ) (นายฉัตรชัย ศรีวิสุทธิ) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโมคลาน วัน/เดือน/ปี	

(ตัดตามรอยเส้นประให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

ชื่อ.....นามสกุล.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตำบลโมคลาน อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2567 โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการตามระเบียบฯ ในข้อ 7 โดยจะมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป **(หลังเดือนที่ลงทะเบียน ในอัตราเดือนละ 800 บาท ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน)** กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการ ในระหว่างเดือนที่มีการย้ายภูมิลำเนา

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(ลงชื่อ).....จนท.ผู้รับจด

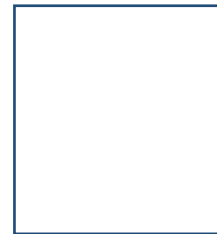
ทะเบียน

(.....)

(.....)



แบบคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการ



หน่วยงานรับคำขอ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

☐ ขอมิบัตรครั้งแรก

☐ ขอมิบัตรใหม่เนื่องจาก

☐ บัตรเดิมหมดอายุ

☐ ชำรุด

☐ สูญหาย

☐ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ

☐ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

๑.๑ คำนำนามานาม ☐ 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 ที่อยู่ปัจจุบัน 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).....

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

(๒) ชื่อ.....นามสกุล.....

(๓) เลขประจำตัวประชาชน

(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ☐ บิดามารดา ☐ บุตร ☐ สามีหรือภรรยา ☐ พี่น้อง

○ ปู่ย่าตายาย ○ ลุงป้าน้าอา ○ 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 ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของคณพิการและผู้ดูแลคณพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคณพิการต่อไปได้

ลงชื่อ.....

(.....)

คนพิการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับมอบอำนาจ

เลขประจำตัวประชาชน

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมิบัติครบถ้วน และเห็นควรให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการได้

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

○ **อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ**

○ ไม่นุ่มดี เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

○ ความเห็นอื่น ๆ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

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).....

เป็นผู้ดูแลคนพิการชื่อ (ชื่อคนพิการ)..... เลขประจำตัวประชาชน

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

กับคนพิการ และเป็นผู้ดูแลคนพิการ ซึ่งปัจจุบันพักอาศัยอยู่บ้านหลังเดียวกันจริง ทั้งนี้เพื่อให้หนังสือรับรองฉบับนี้

เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา

☐ ออกบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ เปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ ☐ เพิ่มชื่อผู้ดูแลคนพิการ

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ :

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



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.....
- 2.8 อาชีพ ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ ประกอบอาชีพ ระบุ.....
- 2.9 การศึกษา ☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ กำลังศึกษา..... ☐ จบการศึกษา (สูงสุด).....

ข้อมูลบิดา

- ☐ ไม่ปรากฏบิดา
- 2.10 ☐ เด็กชาย ☐ นาย.....
- 2.11 เลขประจำตัวประชาชน - - - -
- 2.12 อายุ.....ปี 2.13 สัญชาติ.....
- 2.14 อาชีพ ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ ประกอบอาชีพ ระบุ.....
- 2.15 การศึกษา ☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ กำลังศึกษา..... ☐ จบการศึกษา (สูงสุด).....

3. ช่องทางการรับเงินอุดหนุน (เลือกเพียง 1 ธนาคาร)

- ☐ ธนาคารกรุงไทย ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ ☐ ธนาคาร ธ.ก.ส. ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ ☐ ธนาคารออมสิน ประเภทบัญชีเงินฝากเพื่อเรียก
ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....

4. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- ☐ 4.1 แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.01)
☐ 4.2 แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.02)
☐ 4.3 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง
☐ 4.4 สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
☐ 4.5 สำเนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (เฉพาะหน้าที่ปรากฏชื่อหญิงตั้งครรภ์)
ในกรณีที่สมุดสูญหายให้ใช้สำเนาหน้า 1 ประวัติหญิงตั้งครรภ์พร้อมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูล และรับรองสำเนา
☐ 4.6 สำเนาหน้าแรกของสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
(ธนาคารกรุงไทย หรือธนาคารออมสิน หรือธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร)
☐ 4.7 หนังสือรับรองรายได้หรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่มีรายได้ประจำเป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ
พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท) จำนวน.....ใบ
☐ 4.8 สำเนาเอกสาร หรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรองคนที่ 1
และผู้รับรองคนที่ 2

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของ
ข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ยินยอมให้นำข้อมูลในบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อ
ตรวจสอบสถานะบุคคลในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร ข้อมูลทางการเงินและทรัพย์สิน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ
ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินในส่วนที่รับไปโดยไม่มีสิทธิ หรือยินยอมให้หักจากสวัสดิการอื่น หรือหักจากบัญชีเงินฝากธนาคารของข้าพเจ้าได้
ในการนี้ข้าพเจ้ายินดีบริจาคข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็กผ่านช่องทางต่าง ๆ

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

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

.....ตัดตามรอยปฏี.....

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)

- ☐ แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.01)
☐ แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.02)
☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง
☐ สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
☐ สำเนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (เฉพาะหน้าที่ปรากฏชื่อหญิงตั้งครรภ์)
ในกรณีที่สมุดสูญหายให้ใช้สำเนาหน้า 1 ประวัติหญิงตั้งครรภ์พร้อมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูล และรับรองสำเนา
☐ สำเนาหน้าแรกของสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
(ธนาคารกรุงไทย ธนาคารออมสิน ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร)
☐ หนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ
พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท หรือผู้มีรายได้ประจำ) จำนวน.....ใบ
☐ สำเนาเอกสาร หรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรอง
คนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน
(.....)



แบบรับรองสถานะของครัวเรือน

ตารางแสดงจำนวนสมาชิกและรายได้ของครัวเรือน

ส่วนที่ 1 : ผู้ลงทะเบียน

ข้อมูลสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่จริงของผู้ลงทะเบียน

(กรณีต่างค้ำที่มีบัตรประจำตัวซึ่งไม่มีสัญชาติไทย) 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 และใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ในบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้า หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตรงความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ระงับสวัสดิการและประโยชน์อื่น ๆ รวมทั้งคืนเงินที่ได้รับ

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน

(.....)

วันที่ลงทะเบียน.....

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

ส่วนที่ 2 : ผู้รับรอง

ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 1 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว นามสกุล.....

ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน

โทรศัพท์.....

- ☐ รับรอง ผู้ลงทะเบียนอาศัยอยู่ในพื้นที่ของข้าพเจ้า เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่มีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น

- ☐ ไม่รับรอง เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 1
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 1 : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมืองพัทยา อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร คณะกรรมการชุมชนของกรุงเทพมหานคร ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนั้น กรณีกรุงเทพมหานคร หากไม่มีผู้รับรองคนที่ 1 ให้ข้าราชการที่ดำรงตำแหน่งในระดับปฏิบัติการขึ้นไปหรือเทียบเท่าที่ปฏิบัติหน้าที่ในกรุงเทพมหานครเป็นผู้รับรองได้

ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 2 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว นามสกุล.....

ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน

โทรศัพท์.....

- ☐ รับรอง ผู้ลงทะเบียนอาศัยอยู่ในพื้นที่ข้าพเจ้า เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่มีรายได้ไม่เกิน 100,000 บาท ต่อ ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น

- ☐ ไม่รับรอง เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 2
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 2 : ประธานอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำตำบล ประธานชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการสถานบริการสาธารณสุขในระดับตำบล ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่นที่ดำรงตำแหน่งในระดับปฏิบัติการขึ้นไป หรือเทียบเท่า ที่ปฏิบัติหน้าที่ในท้องที่หรือท้องถิ่นแห่งนั้น (ต้องมีใช้ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน)

ส่วนที่ 3 : การปิดประกาศ (สำหรับหน่วยงานรับลงทะเบียน)

เด็กหญิง/เด็กชาย/นาย/นางสาว.....

เป็นผู้ปกครองที่มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ที่ได้ปิดประกาศ 15 วันแล้ว

ตามประกาศ (ชื่อ อปท.)..... ลงวันที่.....ลำดับที่.....

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน
(.....)

วันที่



แบบคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิผู้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

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

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ยื่นคำร้อง

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

ข้าพเจ้า ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว

เลขประจำตัวประชาชน - - - -

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 ดร.01 และ แบบ ดร.02 มาเรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....
(.....)

ผอ.สำนักงานเขต/นายก อบต./นายกเทศมนตรีเทศบาล/

นายกเมืองพัทยา.....

วันที่.....

ส่วนที่ 3 การพิจารณาข้อเท็จจริง

ได้พิจารณาข้อเท็จจริงตามเหตุผลที่ระบุแล้ว พบว่า

☐ ผู้ยื่นคำร้องเป็นผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนได้
ตามคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิฯ

☐ ผู้ยื่นคำร้องเป็นผู้ไม่มีสิทธิรับเงินอุดหนุนได้
ตามคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิฯ

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
(.....)

อธิบดีกรมกิจการเด็กและเยาวชน/

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด.....

วันที่.....

หมายเหตุ : ให้แนบ แบบคำร้องของลงทะเบียน (แบบ ดร.01) และแบบรับรองสถานะของครัวเรือน (แบบ ดร.02) ของผู้ยื่นขอเปลี่ยนแปลงสิทธิ