



คู่มือสำหรับประชาชน ด้านสวัสดิการสังคม

- งานที่ให้บริการ : การยืนยันสิทธิเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เพื่อรับเบี้ยยังชีพ
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘ (เพิ่มเติม)
และปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๙
- : การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘
- : การขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘
- : การลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด



จัดทำโดย

งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัดเทศบาล

เทศบาลตำบลภูหิน

อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ : การยืนยันสิทธิเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เพื่อรับเบี้ยยังชีพ
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘ (เพิ่มเติม)
และปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๙

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัดเทศบาล
เทศบาลตำบลภูดิน อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่ / ช่องทางการให้บริการ - งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลภูดิน
โทร ๐๙๒-๔๘๒๐๖๒๘

ระยะเวลาเปิดให้บริการ - วันจันทร์ – ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดราชการที่กำหนด)
ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ (ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2566 และตามหนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท 0810.6/ว8029 ลงวันที่ 29 สิงหาคม 2566

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลภูดินตามทะเบียนบ้าน
- (๓) เป็นผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ในปีงบประมาณถัดไป นับจนถึงวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๙ (เกิดก่อนวันที่ ๒ กันยายน ๒๕๐๙) หรือผู้สูงอายุที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์แล้ว ที่ยังไม่เคยลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ หรือผู้สูงอายุที่ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลภูดิน ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (สำหรับในกรณีที่ในทะเบียนราษฎรไม่ปรากฏวัน เดือนเกิด ให้ถือว่าบุคคลนั้นเกิดในวันที่ ๑ มกราคม ของปีนั้น)
- (๔) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่
 - (ก) ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน
 - (ข) ผู้สูงอายุอยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 - (ค) ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ

หมายเหตุ : กรณีได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้ว และได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่ตำบลภูดิน จะต้องมาขึ้นทะเบียนที่เทศบาลตำบลภูดิน อีกครั้งหนึ่งนับตั้งแต่วันที่ย้ายแต่ไม่เกินเดือนพฤศจิกายนของปีนั้น ๆ ทั้งนี้ เพื่อความต่อเนื่องในการรับเบี้ยยังชีพ

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

😊 เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

- (๑) บัตรประจำตัวประชาชน
- (๒) ทะเบียนบ้าน
- (๓) สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อ และเลขที่บัญชี) สำหรับกรณีที่ผู้ ขอรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร

หมายเหตุ : ในกรณีที่ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับ สำนักงานเทศบาลตำบลภูดิน พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

😊 ตารางคำนวณการรับเงินเงินเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ(แบบขั้นบันได)

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

ค่าธรรมเนียม

-ไม่มี-

การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ

- (๑) ตาย
- (๒) ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตเทศบาลตำบลภูดิน
- (๓) แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
- (๔) ขาดคุณสมบัติ

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงแก้ไขการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ต้องยื่นแบบคำขอที่สำนักงานเทศบาลตำบลภูดิน ต้องเตรียมเอกสารสำคัญ เช่น บัตรประจำตัวประชาชน และ สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร (ทั้งเจ้าของบัญชีเดิมและบัญชีใหม่) โดย ต้องยื่นคำขอเปลี่ยนแปลง ได้ตั้งแต่วันที่ 1-27 ของเดือน เพื่อให้การโอนเงินเข้าบัญชีใหม่เริ่มได้ในเดือนถัดไป

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง

- 1.ติดต่อขอแบบฟอร์ม: ได้ที่สำนักงานเทศบาลตำบลภูดิน เพื่อขอ "แบบคำขอเปลี่ยนแปลงสิทธิการรับเงินเบี้ยยังชีพ "
- 2.ยื่นเอกสาร : ใช้เวลาในการยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงสิทธิการรับเงินเบี้ยยังชีพ ไม่เกิน 5 นาที

3.เตรียมเอกสาร

- บัตรประจำตัวประชาชน(ตัวจริง)
- สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร: บัญชีที่ต้องการเปลี่ยนแปลง (ตัวจริง)

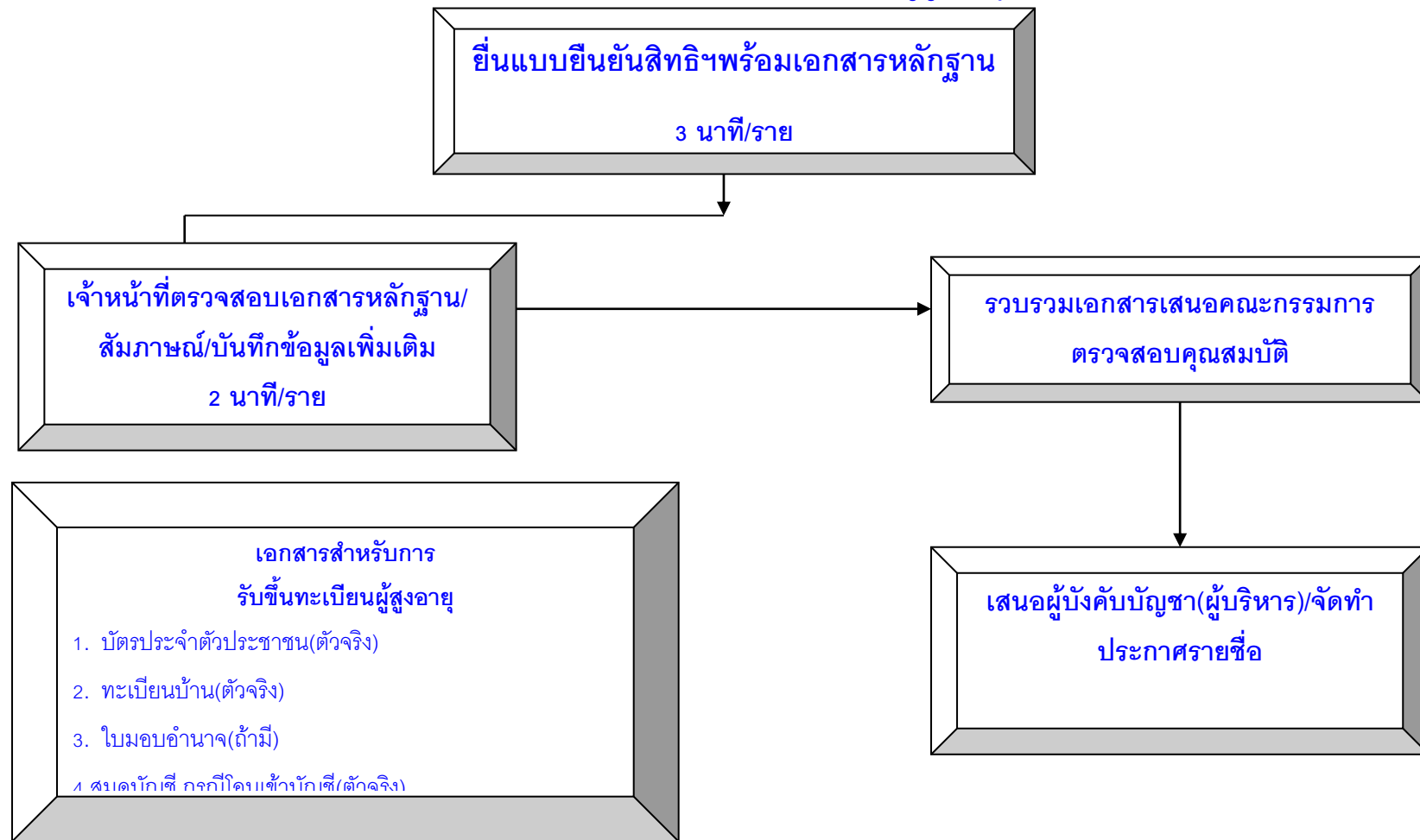
4.กรณีผู้รับมอบอำนาจ: หากต้องการให้ผู้อื่นยื่นเอกสารแทน ต้องมีเอกสารเพิ่มเติมดังนี้

- หนังสือมอบอำนาจ
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้มีสิทธิผู้สูงอายุและผู้รับมอบอำนาจ พร้อมเซ็นรับรองสำเนา
- สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร: บัญชีที่ต้องการเปลี่ยนแปลง ตัวจริง

การติดต่อสอบถาม

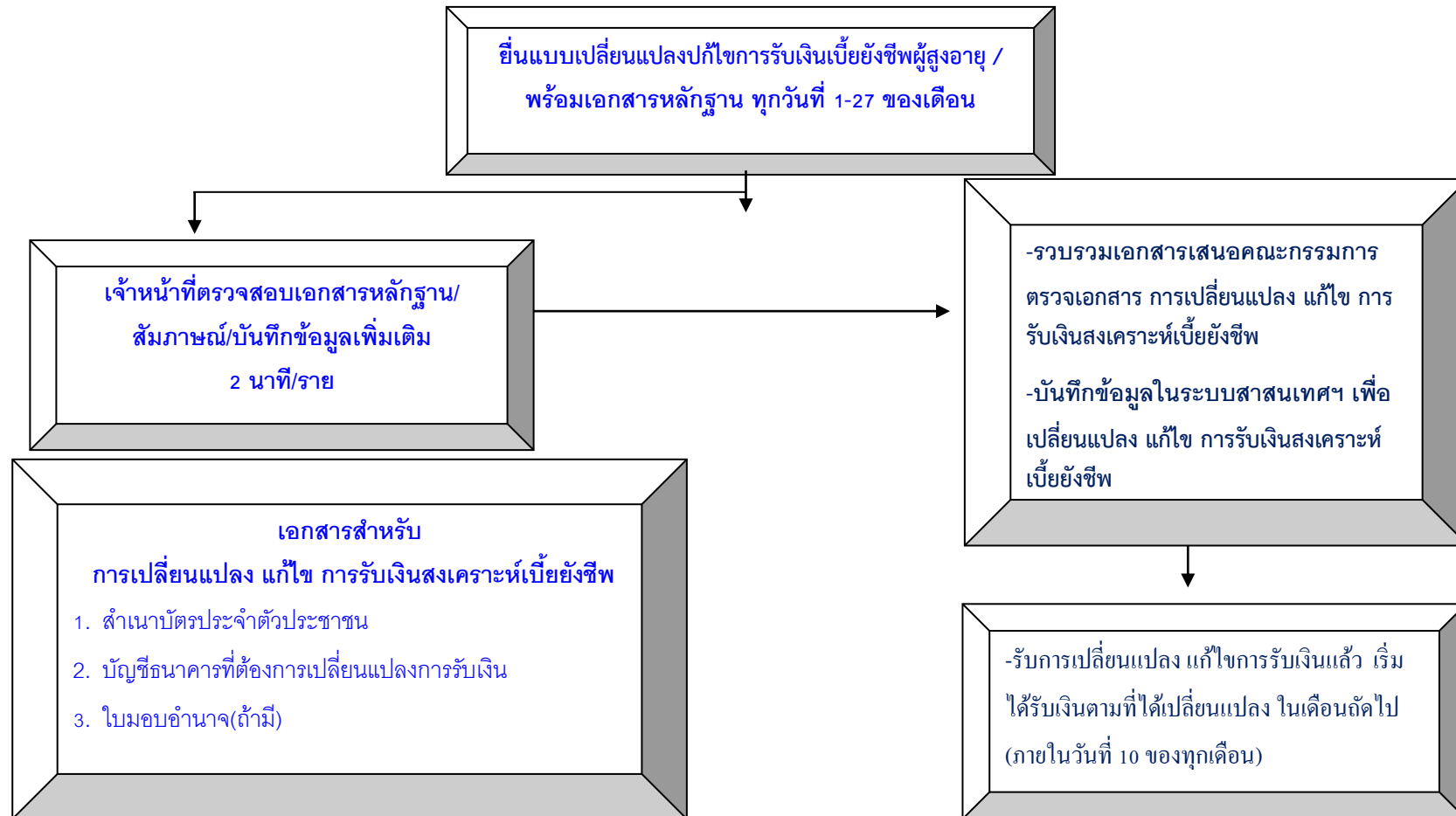
😊 สามารถติดต่อเพื่อสอบถามเพิ่มเติม ได้ที่ งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัดเทศบาลตำบลภูดิน
โทรศัพท์ ๐๙๒-๔๘๒๐๖๒๘ หรือ เว็บไซต์ www.Phudin.go.th

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
(การยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ)



ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ เดิม ๑๐ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๓-๕ นาที/ราย

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การเปลี่ยนแปลงปกั้ไขการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ)



ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ เดิม ๑๐ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๓-๕ นาที/ราย

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ : การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปี
งบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัดเทศบาล
เทศบาลตำบลภูดิน อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่ / ช่องทางการให้บริการ

-งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลภูดิน
โทร ๐๙๒-๔๘๒๐๖๒๘

ระยะเวลาเปิด

-วันจันทร์ – ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดราชการที่กำหนด)
ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

(ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการให้กับคนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติมจนถึงฉบับที่ ๔ พ.ศ.๒๕๖๒)

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลภูดิน (ตามทะเบียนบ้าน)
- (๓) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- (๔) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

หมายเหตุ : กรณีได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการอยู่แล้วและได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่ตำบลภูดินจะต้องมาขึ้นทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการที่เทศบาลตำบลภูดิน และมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการกับเทศบาลตำบลภูดินในเดือนถัดไป ทั้งนี้ต้องได้รับการยืนยันจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมที่จ่ายเงินเบี้ยความพิการเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

- (๑) บัตรประจำตัวประชาชน
- (๒) บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริม คุณภาพชีวิตคนพิการ
- (๓) ทะเบียนบ้าน
- (๔) สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อ และเลขที่บัญชี) สำหรับกรณีที่ผู้
ขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผ่านธนาคาร

หมายเหตุ : กรณีที่คนพิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง **อาจมอบอำนาจ** เป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคน
พิการยื่นคำขอแทน แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและคนดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย
คนพิการที่เป็นผู้สูงอายุ, ผู้ป่วยเอดส์ สามารถลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้พิการได้ด้วย

ค่าธรรมเนียม

-ไม่มี-

ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ

- (๑) ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสารรับรองความพิการ
- (๒) ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกาฬสินธุ์
(ศาลากลางชั้น ๑) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้
 - ๒.๑ เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยแพทย์เฉพาะทาง (ตัวจริง)
 - ๒.๒ รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
 - ๒.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
 - ๒.๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
 - ๒.๕ ถ้าคนพิการมีผู้ดูแล ให้นำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ
จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ
- (๓) กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอทำบัตรประจำตัวคนพิการ ให้นำหลักฐาน
ตามข้อ ๒.๔ – ๒.๕ มาด้วย

การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

-การดำเนินการต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ สามารถได้ที่สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
จังหวัดกาฬสินธุ์ (ศาลากลาง ชั้น ๑) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

- (๑) บัตรประจำตัวคนพิการ (ฉบับเดิม)
- (๒) รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
- (๓) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านอย่างละ จำนวน ๑ ฉบับ
- (๔) หลักฐานผู้ดูแลคนพิการมีผู้ดูแลใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน
อย่างละ ๑ ฉบับ
- (๕) กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการให้นำหลักฐาน
ตามข้อ ๓-๔ มาด้วย

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงแก้ไขการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ

ต้องยื่นแบบคำขอที่สำนักงานเทศบาลตำบลภูดิน ต้องเตรียมเอกสารสำคัญ เช่น บัตรประจำตัวประชาชน และ สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร (ทั้งเจ้าของบัญชีเดิมและบัญชีใหม่) โดย ต้องยื่นคำขอเปลี่ยนแปลง ได้ตั้งแต่วันที่ 1-27 ของเดือน เพื่อให้การโอนเงินเข้าบัญชีใหม่เริ่มได้ในเดือนถัดไป

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง

- 1.ติดต่อขอแบบฟอร์ม: ได้ที่สำนักงานเทศบาลตำบลภูดิน เพื่อขอ "แบบคำขอเปลี่ยนแปลงสิทธิการรับเงินเบี้ยยังชีพ "
- 2.ยื่นเอกสาร : ใช้เวลาในการยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงสิทธิการรับเงินเบี้ยยังชีพ ไม่เกิน 5 นาที

3.เตรียมเอกสาร

- บัตรประจำตัวประชาชน(ตัวจริง)
- สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร: บัญชีที่ต้องการเปลี่ยนแปลง (ตัวจริง)

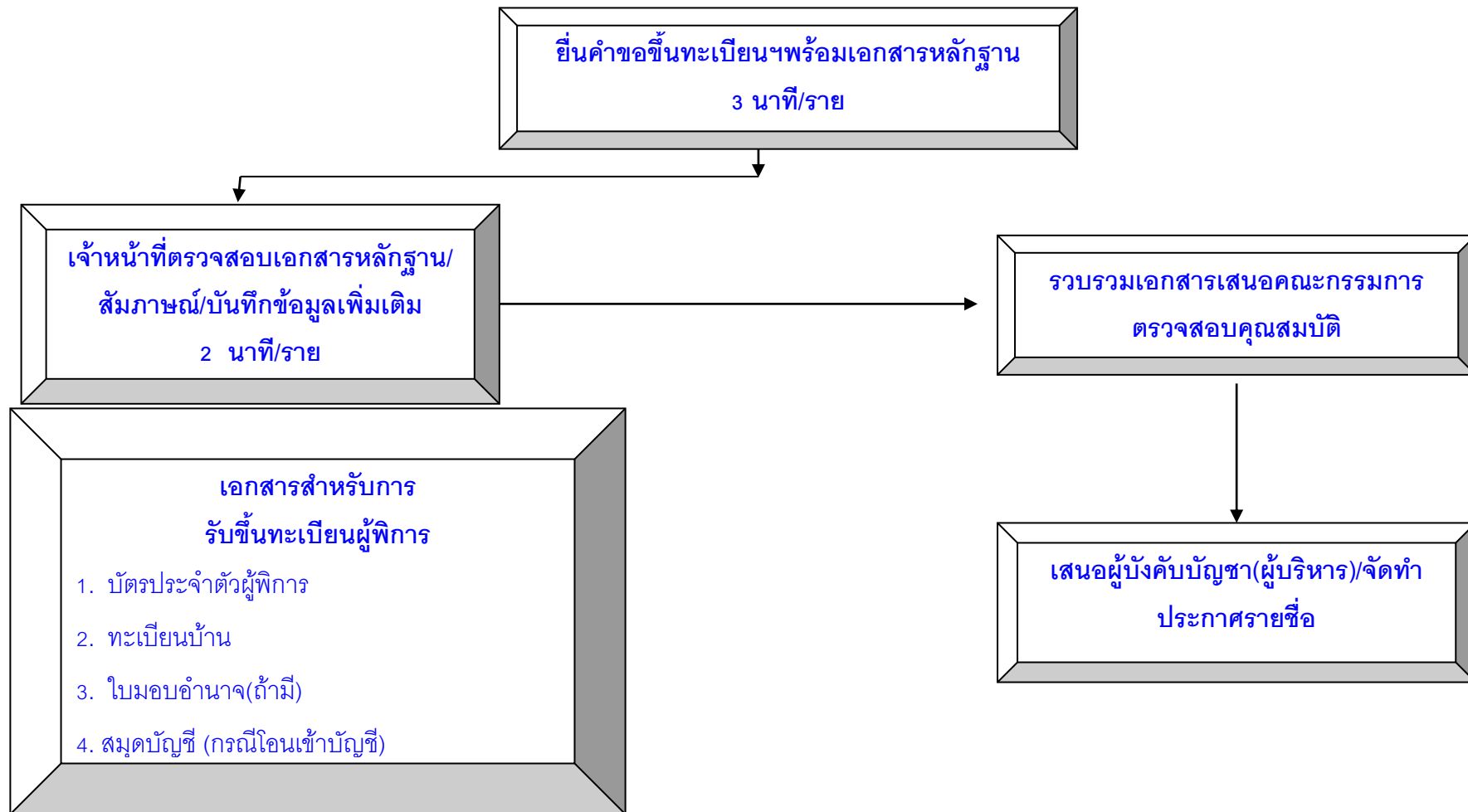
4.กรณีผู้รับมอบอำนาจ: หากต้องการให้ผู้อื่นยื่นเอกสารแทน ต้องมีเอกสารเพิ่มเติมดังนี้

- หนังสือมอบอำนาจ
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้มีสิทธิผู้พิการและผู้รับมอบอำนาจ พร้อมเซ็นรับรองสำเนา
- สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร: บัญชีที่ต้องการเปลี่ยนแปลง ตัวจริง

การติดต่อสอบถาม

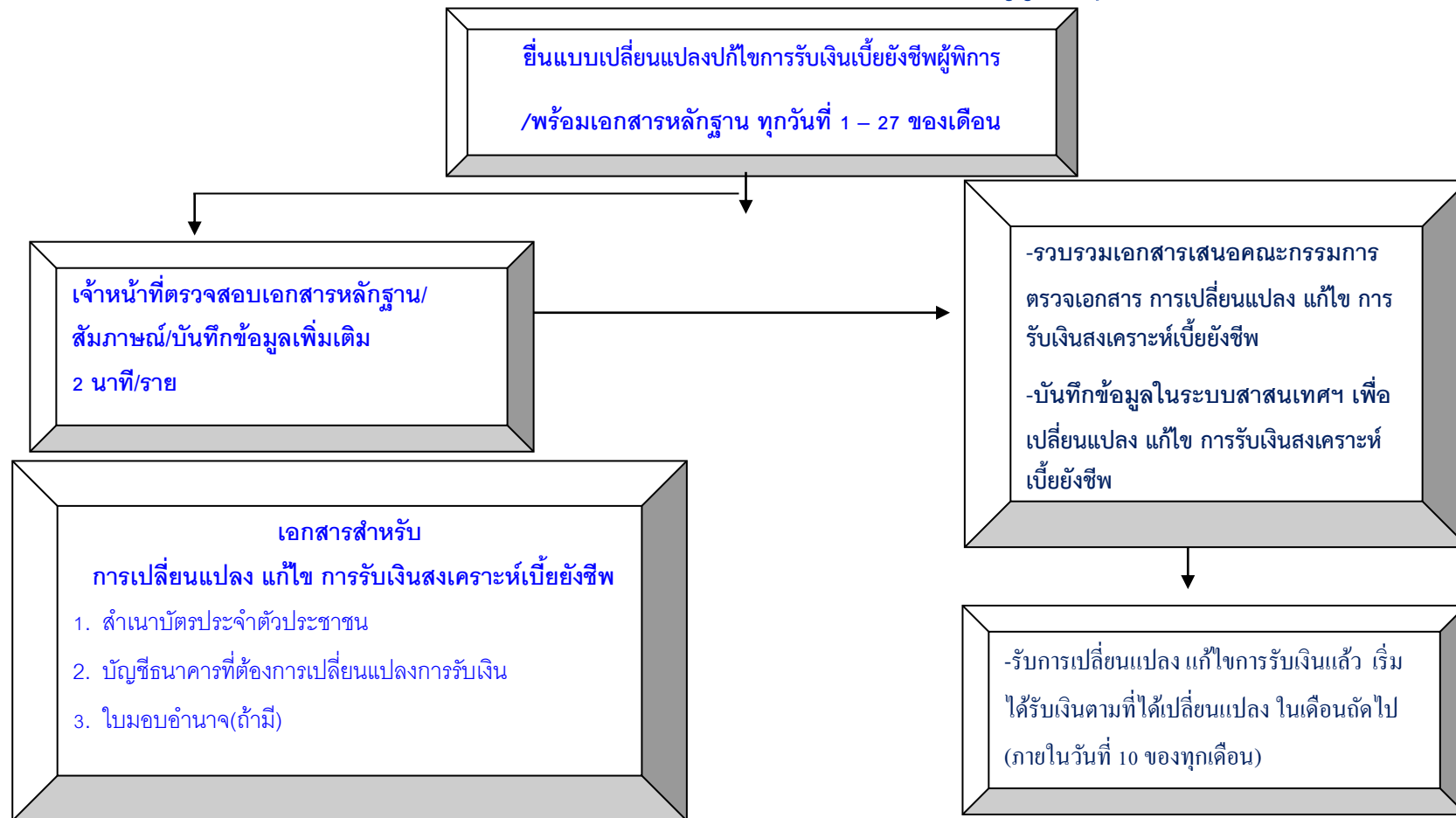
😊 สามารถติดต่อเพื่อสอบถามเพิ่มเติม ได้ที่ งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัดเทศบาลตำบลภูดิน
โทรศัพท์ ๐๙๒-๔๘๒๐๖๒๘ หรือ เว็บไซต์ www.Phudin.go.th

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ)



ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ เดิม ๑๐ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๓-๕ นาที/ราย

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การเปลี่ยนแปลงปกั้ไขการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ)



ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ เดิม ๑๐ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๓-๕ นาที/ราย

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ : การขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘
หน่วยงานที่รับผิดชอบ: งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลภูดิน
อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่ / ช่องทางการให้บริการ

- งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลภูดิน
โทร ๐๙๒-๔๘๒๐๖๒๘

ระยะเวลาเปิด

- วันจันทร์ – ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดราชการที่กำหนด)
ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ และรายการเอกสารหลักฐานประกอบ

(ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

(๑) ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าเป็นโรคเอดส์จริง

(๒) ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลภูดิน

(๓) การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลภูดิน โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่นดังนี้

๓.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

๓.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง

๓.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง

(๔) กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้

(๕) กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด

(๖) กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้ว แล้วต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนาเท่านั้น

ค่าธรรมเนียม

-ไม่มี

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงแก้ไขการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ต้องยื่นแบบคำขอที่สำนักงานเทศบาลตำบลภูดิน ต้องเตรียมเอกสารสำคัญ เช่น บัตรประจำตัวประชาชน และ สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร (ทั้งเจ้าของบัญชีเดิมและบัญชีใหม่) โดย ต้องยื่นคำขอเปลี่ยนแปลง ได้ตั้งแต่ วันที่ 1-27 ของเดือน เพื่อให้การโอนเงินเข้าบัญชีใหม่เริ่มได้ในเดือนถัดไป

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง

- 1.ติดต่อขอแบบฟอร์ม: ได้ที่สำนักงานเทศบาลตำบลภูดิน เพื่อขอ "แบบคำขอเปลี่ยนแปลงสิทธิการรับเงินเบี้ยยังชีพ "
- 2.ยื่นเอกสาร : ใช้เวลาในการยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงสิทธิการรับเงินเบี้ยยังชีพ ไม่เกิน 5 นาที

3.เตรียมเอกสาร

- บัตรประจำตัวประชาชน(ตัวจริง)
- สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร: บัญชีที่ต้องการเปลี่ยนแปลง (ตัวจริง)

4.กรณีมีผู้รับมอบอำนาจ: หากต้องการให้ผู้อื่นยื่นเอกสารแทน ต้องมีเอกสารเพิ่มเติมดังนี้

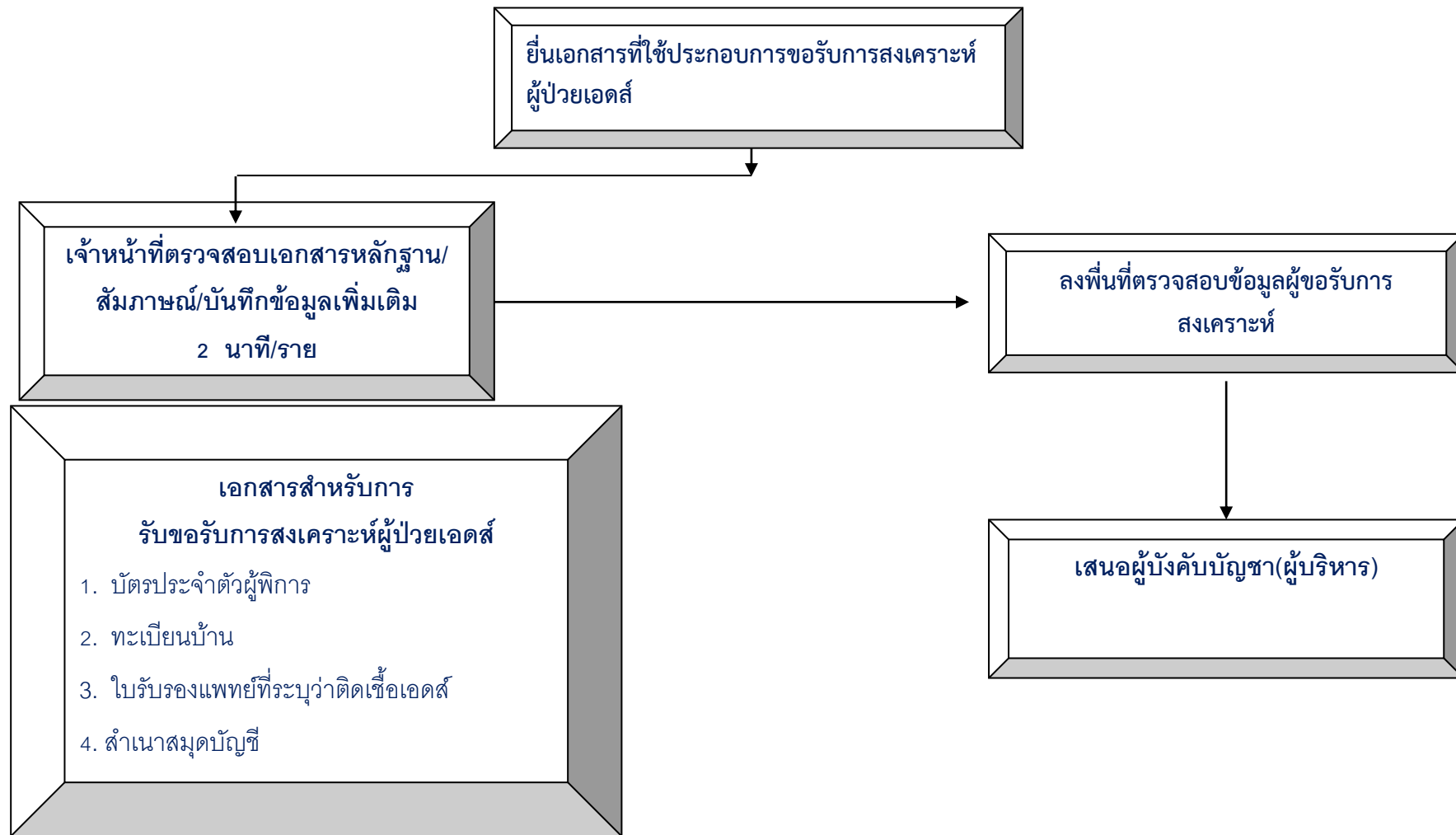
- หนังสือมอบอำนาจ
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้มีสิทธิผู้ป่วยเอดส์และผู้รับมอบอำนาจ พร้อมเซ็นรับรองสำเนา
- สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร: บัญชีที่ต้องการเปลี่ยนแปลง ตัวจริง

การติดต่อสอบถาม

- 😊 สามารถติดต่อเพื่อสอบถามเพิ่มเติม ได้ที่ งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัดเทศบาลตำบลภูดิน โทรศัพท์ ๐๙๒-๔๘๒๐๖๒๘ หรือ เว็บไซต์ www.Phudin.go.th

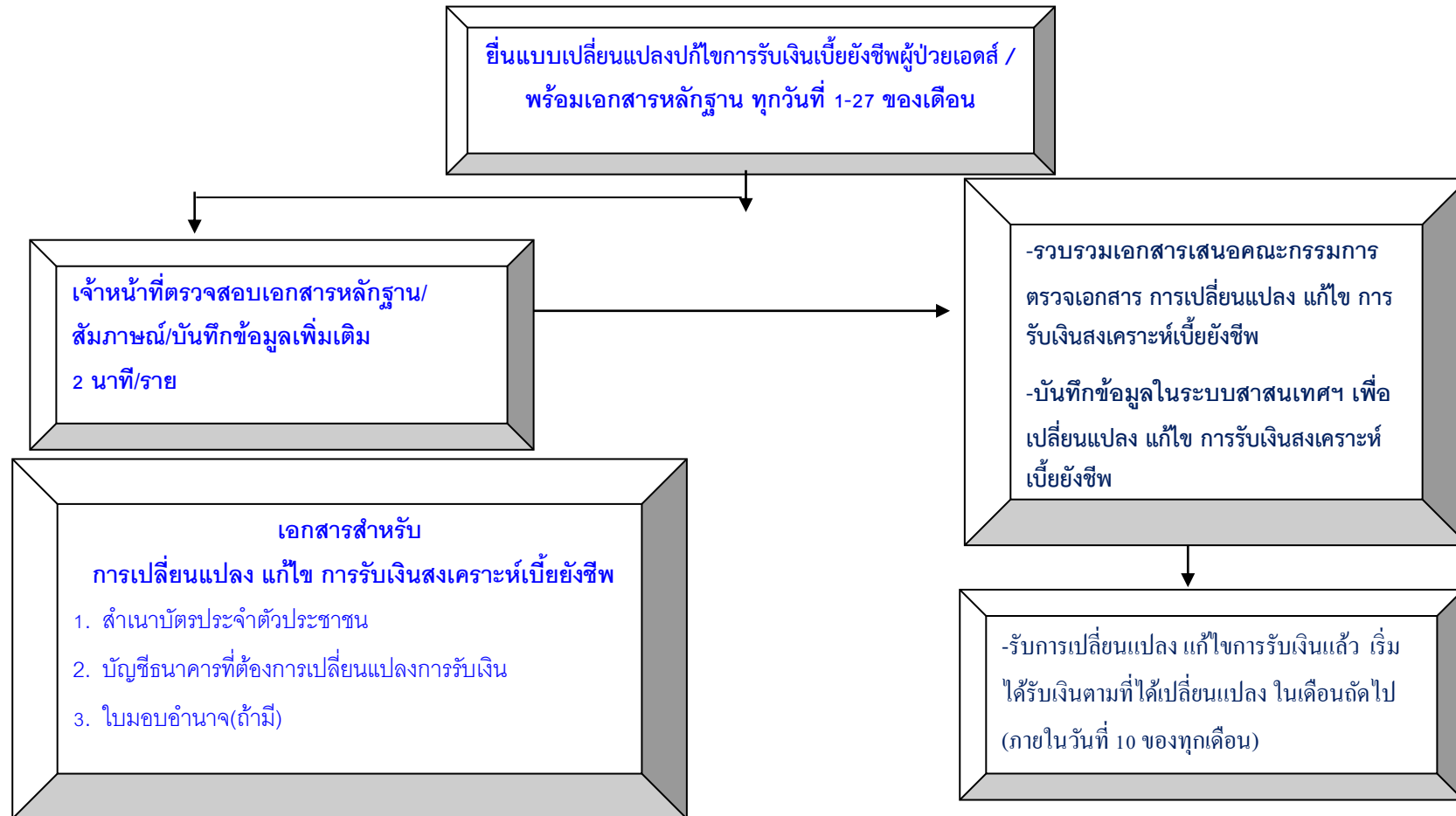
ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่าป่วยเป็น **โรคเอดส์ /AIDs** เท่านั้น
หากระบุว่าป่วยเป็น HIV หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง จะไม่เข้า
หลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์)



ขั้นตอนการรับคำขอการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ เดิม ๑๐ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับ ๓-๕ นาที/ราย

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การเปลี่ยนแปลงปกั้ไขการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ)



ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ เดิม ๑๐ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๓-๕ นาที/ราย

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ : การลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัดเทศบาล
เทศบาลตำบลภูหิน อำเภอมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่ / ช่องทางการให้บริการ - งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลภูหิน
โทร ๐๙๒-๔๘๒๐๖๒๘

ระยะเวลาเปิดให้บริการ - วันจันทร์ – ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดราชการที่กำหนด)
ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ (ตามระเบียบกรมกิจการเด็กและเยาวชนว่าด้วยการจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด พ.ศ.2565)

๑. คุณสมบัติเด็กแรกเกิดที่มีสิทธิ

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

๒. คุณสมบัติผู้ปกครองที่มีสิทธิลงทะเบียน

- ๑) มีสัญชาติไทย
- ๒) เป็นบิดา มารดา หรือบุคคลอื่นที่เป็นผู้เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
- ๓) เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วย
- ๔) อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย หรือครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท

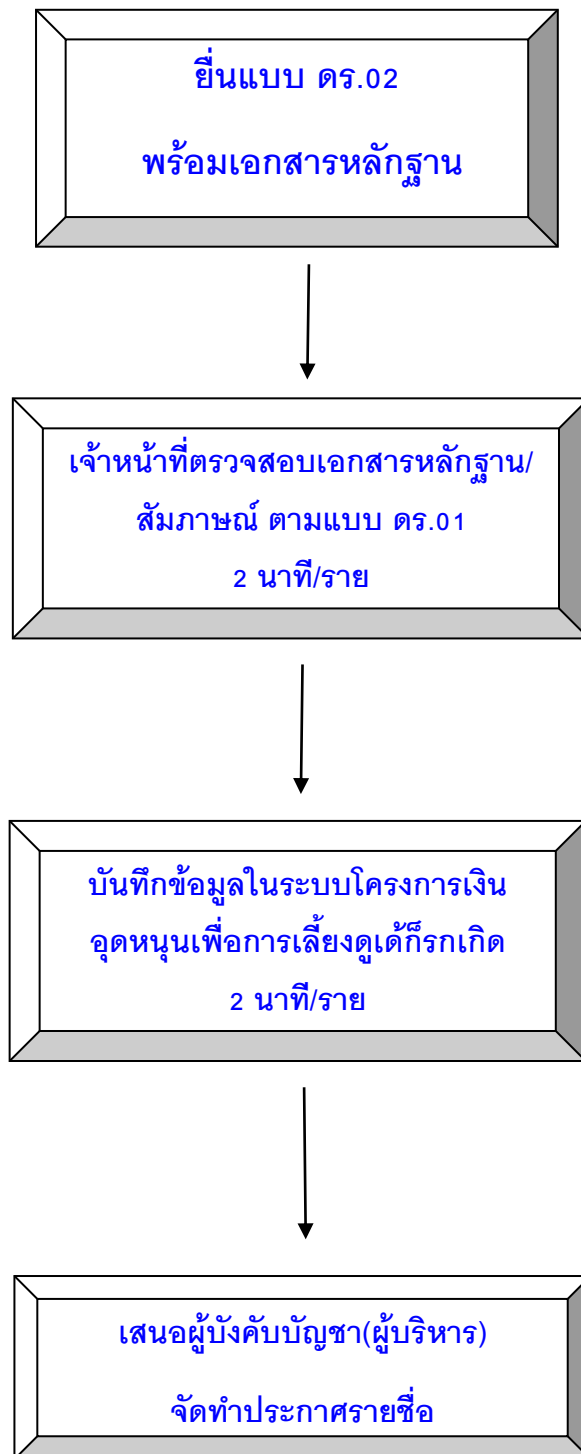
ต่อคน ต่อปี โดยสมาชิกต้องมีความสัมพันธ์ทางเครือญาติหรือการสมรส หรืออยู่กินด้วยกันฉันสามีภรรยา หรือด้วยเหตุอื่นตามกฎหมาย และสมาชิกต้องอาศัยอยู่จริงในครัวเรือนติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า ๑๘๐ วันในรอบปีที่ผ่านมา แต่ไม่นับรวมลูกจ้างครัวเรือน

๓. กรณีผู้ปกครองไม่มีสัญชาติไทย แต่เด็กมีสัญชาติไทย

- ๑) เป็นบุคคลที่เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
- ๒) เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วย
- ๓) อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อย หรือครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท

ต่อคน ต่อปี โดยสมาชิกต้องมีความสัมพันธ์ทางเครือญาติหรือการสมรส หรืออยู่กินด้วยกันฉันสามีภรรยา หรือด้วยเหตุอื่น

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
(การรับแบบลงทะเบียนขอรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด)



ขั้นตอนการรับคำขอลงทะเบียนขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
เดิม ๑๐ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด ๓-๕ นาที/ราย

รายการเอกสารประกอบการลงทะเบียน ประกอบด้วย

- ๑) แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.๐๑)
- ๒) แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.๐๒)
- ๓) สูติบัตรเด็กแรกเกิด
- ๔) บัตรประจำตัวประชาชนแบบอเนกประสงค์ (Smart Card) ของผู้ปกครอง
- ๕) กรณีที่ผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนและสมาชิกในครัวเรือนของผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียน เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท ต้องมีเอกสารใบรับรองเงินเดือน หรือหนังสือรับรองรายได้ของทุกคนที่มีรายได้ประจำ (สลิปเงินเดือน หรือเอกสารหลักฐานที่นายจ้างลงนาม)
- ๖) เอกสาร หรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใดของผู้รับรองคนที่ ๑ และผู้รับรองคนที่ ๒

ค่าธรรมเนียม

-ไม่มี-

การติดต่อสอบถาม

- 😊 สามารถติดต่อเพื่อสอบถามเพิ่มเติม ได้ที่ งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัดเทศบาลตำบลภูดิน โทรศัพท์ ๐๙๒-๔๘๒๐๖๒๘ หรือ เว็บไซต์ www.Phudin.go.th

ขอรับแบบคำขอลงทะเบียนขอรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
และยื่นเอกสารประกอบการลงทะเบียน
ได้ที่งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัดเทศบาลตำบลภูดิน
อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

ภาคผนวก

- เอกสารแบบคำขอของผู้สูงอายุ
- เอกสารแบบคำขอของผู้พิการ
- เอกสารแบบคำขอของผู้ป่วยเอดส์

***เอกสารแบบคำขอของผู้สูงอายุ ***

แบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแบบยืนยันสิทธิแทน

ผู้ยื่นคำขอแทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ขอยืนยันสิทธิ
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 □ 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 วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพ

ผู้สูงอายุ และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ"

☐ "ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยืนยันสิทธิ/ผู้รับมอบอำนาจยืนยันสิทธิ

เจ้าหน้าที่ผู้รับยืนยันสิทธิ

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติยืนยันสิทธิครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ไม่ได้ตรวจสอบคุณสมบัติ ณ วันที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพ ☐ เป็นผู้ที่ไม่ใช่คุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมาบไผ่ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบมีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับยืนยันสิทธิ ☐ ไม่สมควรรับยืนยันสิทธิ..... กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)
---	---

คำสั่ง

☐ รับยืนยันสิทธิ ☐ ไม่รับยืนยันสิทธิ ☐ อื่น ๆ.....

.....

(ลงชื่อ)
(.....)

นายกเทศมนตรี/นายก อบต.

วัน/เดือน/ปี

-----ฉีกตามรายปรุ.....

ยื่นแบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

การยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่คุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการยืนยันสิทธิ โดยได้รับตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....เป็นต้นไป

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน..... แทนข้าพเจ้าจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ
ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น
เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

แบบคำขอสละสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เขียนที่.....เทศบาลตำบลภูดิน.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ ---

ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่ในปัจจุบัน จากเทศบาลตำบลภูดิน อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ เดือนละ.....บาท

มีความประสงค์ขอสละสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ตั้งแต่เดือนถัดจากเดือนที่ได้แจ้งความประสงค์เป็นต้นไป
พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ กรณีแจ้งด้วยตนเอง : สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

☐ กรณีแจ้งมอบอำนาจ : หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

แบบคำขอเปลี่ยนแปลงการรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

เขียนที่.....

วันที่ เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ..... ปี
อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน.....-.....ตำบล
ซึ่งรับเบี้ยยังชีพกับ (เทศบาล, อบต.)..... อำเภอ..... จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพโดยวิธี

() รับเงินสดด้วยตนเอง () รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

() โอนเข้าบัญชีเงินฝากในนามผู้มีสิทธิ

ชื่อบัญชี..... ธนาคาร..... เลขที่บัญชี.....

() โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ชื่อบัญชี..... ธนาคาร..... เลขที่บัญชี.....

มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงการรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ..... โดยวิธี

() รับเงินสดด้วยตนเอง () รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

() โอนเข้าบัญชีเงินฝากในนามผู้มีสิทธิ

ชื่อบัญชี..... ธนาคาร..... เลขที่บัญชี.....

() โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ชื่อบัญชี..... ธนาคาร..... เลขที่บัญชี.....

ขอยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ พร้อมเอกสารดังต่อไปนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ

☐ สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้ยื่นคำขอหรือผู้รับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ได้ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ)

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

(.....)

***เอกสารแบบคำขอของผู้พิการ**

ทะเบียนเลขที่.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับ
คนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา - มารดา ☐ บุตร ☐ สามี - ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตาม
ระเบียบฯ ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....
เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐
ที่อยู่โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ชื่อ.....นามสกุล.....

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

ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....ตำบล

.....อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์โทรศัพท์

.....หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐-

☐☐☐☐☐-☐☐☐

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้

☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางจิตตปัญญา

☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้..... โทรศัพท์

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่

เมื่อ

☐ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อื่นๆ(ระบุ)

☐ ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตัวเอง ☐ มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ ☐ ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

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

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕..... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มี

สิทธิ/ผู้ดูแล ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี ☐☐☐-☐-☐☐☐☐☐-☐

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

(.....)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน.....แทนข้าพเจ้าจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ
ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น
เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

แบบคำขอสละสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ

เขียนที่.....เทศบาลตำบลภูดิน.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่ในปัจจุบัน จากเทศบาลตำบลภูดิน อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ เดือนละ.....บาท

มีความประสงค์ขอสละสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือนถัดจากเดือนที่ได้แจ้งความประสงค์เป็นต้นไป
พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- ☐ กรณีแจ้งด้วยตนเอง : สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
- ☐ กรณีแจ้งมอบอำนาจ : หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

(ลงชื่อ).....

ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

แบบคำขอเปลี่ยนแปลงการรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

เขียนที่.....

วันที่ เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ..... ปี
อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน.....-.....ตำบล
ซึ่งรับเบี้ยยังชีพกับ (เทศบาล, อบต.)..... อำเภอ..... จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพโดยวิธี

() รับเงินสดด้วยตนเอง () รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

() โอนเข้าบัญชีเงินฝากในนามผู้มีสิทธิ

ชื่อบัญชี..... ธนาคาร..... เลขที่บัญชี.....

() โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ชื่อบัญชี..... ธนาคาร..... เลขที่บัญชี.....

มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงการรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ..... โดยวิธี

() รับเงินสดด้วยตนเอง () รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

() โอนเข้าบัญชีเงินฝากในนามผู้มีสิทธิ

ชื่อบัญชี..... ธนาคาร..... เลขที่บัญชี.....

() โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ชื่อบัญชี..... ธนาคาร..... เลขที่บัญชี.....

ขอยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ พร้อมเอกสารดังต่อไปนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ

☐ สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้ยื่นคำขอหรือผู้รับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ได้นี้เป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ)

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

(.....)

***เอกสารแบบคำขอของผู้ป่วยเอดส์**

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกเทศบาลตำบลภูดิน

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ..... ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....

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

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับเงิน

สงเคราะห์ เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

1. ที่พักอาศัย

() เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ขำรุดทรุดโทรม () ขำรุดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวร

() เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

3. การพักอาศัย

() อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....

() พักอาศัยกับ รวมคน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

4. รายได้ – รายจ่าย

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....สถานที่ติดต่อเลขที่.....ถนน.....

ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....

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

โทรศัพท์.....โทรสาร.....เกี่ยวข้องกับ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

..... ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกเทศบาลตำบลภูดิน

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มีสิทธิได้รับ
การสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่.....นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

() เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน.....แทนข้าพเจ้าจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ
ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น
เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

แบบคำขอสละสิทธิรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

เขียนที่.....เทศบาลตำบลภูดิน.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนา
ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ..... จังหวัด..... รหัส.....
โทรศัพท์.....

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

ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่ในปัจจุบัน จากเทศบาลตำบลภูดิน อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ เดือนละ.....บาท

มีความประสงค์ขอสละสิทธิรับเงินรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่เดือนถัดจากเดือนที่ได้แจ้งความ
ประสงค์เป็นต้นไป พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- ☐ กรณีแจ้งด้วยตนเอง : สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
- ☐ กรณีแจ้งมอบอำนาจ : หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

แบบคำขอเปลี่ยนแปลงการรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

เขียนที่.....

วันที่ เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ..... ปี
อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน.....-.....ตำบล
ซึ่งรับเบี้ยยังชีพกับ (เทศบาล, อบต.)..... อำเภอ..... จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพโดยวิธี

() รับเงินสดด้วยตนเอง () รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

() โอนเข้าบัญชีเงินฝากในนามผู้มีสิทธิ

ชื่อบัญชี..... ธนาคาร..... เลขที่บัญชี.....

() โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ชื่อบัญชี..... ธนาคาร..... เลขที่บัญชี.....

มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงการรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ..... โดยวิธี

() รับเงินสดด้วยตนเอง () รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

() โอนเข้าบัญชีเงินฝากในนามผู้มีสิทธิ

ชื่อบัญชี..... ธนาคาร..... เลขที่บัญชี.....

() โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ชื่อบัญชี..... ธนาคาร..... เลขที่บัญชี.....

ขอยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ พร้อมเอกสารดังต่อไปนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ

☐ สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้ยื่นคำขอหรือผู้รับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ได้ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ)

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

(.....)

***เอกสารแบบคำขอการขอรับสิทธิ
เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรก
เกิด**



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

โทรศัพท์บ้านโทรศัพท์มือถือ

1.7 ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ใช้ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

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

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์บ้านโทรศัพท์มือถือ

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

☐ ไม่ปรากฏภูมิลำเนา

2.10 ☐ เด็กชาย ☐ นาย.....

2.11 เลขประจำตัวประชาชน

2.12 อายุ.....ปี 2.13 สัญชาติ.....

3. ช่องทางการรับเงินอุดหนุน เลือกเพียง 1 ธนาคาร (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

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

4. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- ☐ 4.1 แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.01)
- ☐ 4.2 แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.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
(เฉพาะผู้ยื่นคำร้องขอลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

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

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

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

.....ตัดตามรอยปรุ.....

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)
- ☐ สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
- ☐ หนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ
พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท หรือผู้มีรายได้ประจำ) จำนวน.....ใบ
- ☐ เอกสาร หรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรอง
คนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2
- ☐ สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (เฉพาะผู้ยื่นคำร้องขอ
ลงทะเบียนที่ไม่มีสัญชาติไทย)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน



แบบรับรองสถานะของครัวเรือน
ตารางแสดงจำนวนสมาชิกและรายได้ของครัวเรือน

ส่วนที่ 1 : ผู้ลงทะเบียน

ข้อมูลสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่จริงของผู้ลงทะเบียน

(กรณีต่างด้าวที่มีบัตรประจำตัวซึ่งไม่มีสัญชาติไทย) 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

ส่วนที่ 2 : ผู้รับรอง

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



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

ตามคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิ

☐ ผู้ยื่นคำร้องเป็นผู้ไม่มีสิทธิรับเงินอุดหนุนได้

ตามคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิ

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

อธิบดีกรมกิจการเด็กและเยาวชน/

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด.....

วันที่.....