

คู่มือการให้บริการประชาชน

งานที่ให้บริการ การลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ งานพัฒนาชุมชน กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลตะเคียน

ขอบเขตการให้บริการ วันจันทร์ - วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ งานพัฒนาชุมชน กองสวัสดิการสังคม ชั้น ๒

ระยะเวลาเปิดให้บริการ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๖.๓๐ น.

โทร. ๐๔๔-๓๘๙-๙๘๔

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบ และมีความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ในกรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ สามารถมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้ ซึ่งผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

๑. เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยและการรับรองจากแพทย์

๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลตะเคียน

๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

๔. ในการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองแล้วว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้สูงอายุที่มีที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ทางไกลทุรกันดาร ยากต่อการเข้าถึงการบริการของรัฐจะเป็นผู้ที่ได้รับการพิจารณาความช่วยเหลือก่อน

ขั้นตอนกระบวนการ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ระยะเวลาในการดำเนินการด้านเอกสารรวม : ๑๐ นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
๑)	การตรวจสอบเอกสาร ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์หรือผู้รับมอบ อำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและ เอกสารหลักฐานประกอบ (หมายเหตุ : ๑.ระยะเวลา ๔๕ นาที) ๒.หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ อบต.ตะเคียน	๕ นาที	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลตะเคียน
๒)	การพิจารณา ออกใบนัดหมายตรวจสภาพความเป็นอยู่และ คุณสมบัติ หมายเหตุ : ๑. ระยะเวลา : ๑๕ นาที (ระบุ ระยะเวลาที่ให้บริการจริง) ๒.หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ อบต.ตะเคียน	๕ นาที	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลตะเคียน

๓)	การพิจารณา ลงพื้นที่ตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติ ของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์ หมายเหตุ : ๑. ระยะเวลา : ไม่เกิน ๓ วันนับจาก ได้รับคำขอ ๒.หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ อบต.ตะเคียน	๓ วัน	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลตะเคียน
๔)	จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐาน ประกอบความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณา หมายเหตุ : ๑. ระยะเวลา : ไม่เกิน ๒ วันนับจาก การออกตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ ๒.หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ อบต.ตะเคียน	๒ วัน	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลตะเคียน
๕)	การตรวจสอบเอกสาร/พิจารณาอนุมัติ หมายเหตุ : ๑. ระยะเวลา ไม่เกิน ๗ วันนับแต่ วันที่ยื่นคำขอ ๒. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ อบต.ตะเคียน ๓. กรณีมีข้อขัดข้องเกี่ยวกับการพิจารณาได้แก่ สภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติหรือข้อจำกัดด้าน งบประมาณจะแจ้งเหตุขัดข้องที่ไม่สามารถให้การ สงเคราะห์ให้ผู้ขอทราบไม่เกินระยะเวลาที่ กำหนด ๔.การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จะเริ่มจ่ายใน เดือนถัดไป หรือเริ่มจ่ายในปีงบประมาณถัดไป ขึ้นอยู่กับพิจารณาของผู้บริหาร	๗ วัน	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลตะเคียน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

- | | |
|--|--------------|
| ๑. แบบคำขอรับการสงเคราะห์ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. สำเนาทะเบียนบ้านฉบับจริง | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (กรุงไทย ออมสิน หรือ .ธ.ก.ส) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๕. หนังสือมอบอำนาจกรณีผู้สูงอายุไม่สามารถดำเนินการด้วยตนเองได้ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๖. ใบแสดงการตรวจโรคของแพทย์ที่รับรองการป่วยเป็นโรคเอดส์ | จำนวน ๑ ฉบับ |

ค่าธรรมเนียม ไม่เสียค่าธรรมเนียม

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

ลับ

ใช้ปิดทับข้อมูลข่าวสารลับ

ลับ



ใบคำร้องทั่วไป

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลตะเคียน
วันที่.....

เรื่อง ขอลงทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลตะเคียน

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบลตะเคียน อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา โทร.....

ขอยื่นคำร้องต่อนายกองค์การบริหารส่วนตำบลตะเคียน เพื่อแสดงความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์
ผู้ป่วยฯ ของ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

ความเห็นเจ้าหน้าที่

คำสั่ง

.....แจ้งเรื่อง

ขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

เห็นควรดำเนินการ

(ลงชื่อ).....
(.....)

วันที่.....

(ลงชื่อ).....
(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ เอกสารแนบคำร้อง 1.สำเนาบัตรประชาชน 1 ฉบับ 2.สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ฉบับ
3.ใบรับรองแพทย์ 1 ฉบับ 4.สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร 1 ฉบับ

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่/พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลตะเคียน

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....
ถนน.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....

ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม
ดังนี้

1. ที่พักอาศัย

- () เป็นของตนเองและมีลักษณะ () ขำรุคโทรมมาก () ขำรุคโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวรดี
() เป็นของ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

- () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....
อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้
() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

3. การพักอาศัย

- () อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....
() พักอาศัยกับ.....รวม.....คน 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.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

เป็นผู้มีอำนาจ.....ยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์.....แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับรองขอในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ/ผู้ป่วยฯ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....ประจำตัวประชาชน.....
เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....ตะเคียน.....เขต/อำเภอ.....ตำบลขุนทด.....
จังหวัด.....นครราชสีมา.....เบอร์โทร.....

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

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน.....แทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว”
จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำ
ด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ เอกสารประกอบหนังสือมอบอำนาจ

1. สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ
2. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ
3. สำเนาบัญชีธนาคาร(กรณีโอนเข้าธนาคาร)