



คู่มือสำหรับประชาชน : การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

หน่วยงานที่ให้บริการ : สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลแป้น

ช่องทางให้บริการ : สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลแป้น

ระยะเวลาเปิดให้บริการ : เปิดให้บริการวันจันทร์ - ศุกร์ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

(ยกเว้นวันหยุดราชการ)

วิธีการขั้นตอนการให้บริการ/ระยะเวลา

ขั้นตอนการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
๑. ยื่นแบบลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๑ นาที
๒. สอบถามพร้อมกรอกข้อมูลผู้สูงอายุในแบบลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๓ นาที
๓. ตรวจสอบข้อมูลผู้สูงอายุในแบบลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๒ นาที
๔. บันทึกข้อมูลผู้สูงอายุในระบบสารสนเทศการ จัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพขององค์การบริหารส่วน ท้องถิ่น เพื่อใช้ในการเบิกจ่ายในเดือนถัดไป	๕ นาที
๕. แจ้งระยะเวลาได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๑ นาที

ค่าธรรมเนียม

- ไม่มีค่าธรรมเนียม

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

ผู้ยื่นคำขอฯ [] แจ้งด้วยตนเอง

[] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์

ที่ขอขึ้นทะเบียน ชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

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.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นคำขอ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

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

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

เกี่ยวข้องกับ ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามี-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ อื่นๆ

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ โดยวิธีดังต่อไปนี้
(เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง

☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ
จากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ ในรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ
(ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับขึ้นทะเบียน
(นางชีตีอามีเนาะ บาการียา)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหน้าข้อความที่ต้องการ

