คู่มือการปฏิบัติงานของนักพัฒนาชุมชน



สำนักปลัด

องค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคล

สารบัญ

เรื่อง

ส่วนที่ 1

คู่มือการปฏิบัติงานด้านเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

บทที่ 1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

-ความหมายของเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

-ความเป็นมาของเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

-วัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน

-ประโยชน์ของการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

-คุณสมบัติของผู้สูงอายุ

-การคำนวณเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแบบขั้นบันได

บทที่ 2 กระบวนการดำเนินงานเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

-การยื่นคำขอ

-การตรวจสอบและจัดทำประวัติผู้มีสิทธิ

-งบประมาณและวิธีการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

-การสิ้นสุดการได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

-หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

-การติดตามผลการจ่ายเบี้ยยังชีพ

-การรายงานผลการดำเนินงาน

บทที่ 3 บทบาทหน้าที่ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

-บทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ส่วนที่ 2

คู่มือการปฏิบัติงานการให้บริการสวัสดิการเบี้ยยังชีพคนพิการ

ความเป็นมาการให้บริการสวัสดิการเบี้ยยังชีพคนพิการ

-โครงการเบี้ยยังชีพคนพิการ

-คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการ

-ขั้นตอนการยื่นคำขอ

-การตรวจสอบและจัดทำทะเบียนประวัติผู้มีสิทธิ

-งบประมาณและวิธีการจ่ายเงินเบี้ยความพิการ

-การสิ้นสุดการได้รับเงินเบี้ยความพิการ

-หน้าที่ของผู้รับเบี้ยความพิการ

-เอกสารหลักฐานประกอบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

ส่วนที่ 3

คู่มือการปฏิบัติงานการให้บริการสวัสดิการด้านเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

-การจัดสวัสดิการแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์

-วัตถุประสงค์

-วิธีการดำเนินการ

-คุณสมบัติของผู้รับเบี้ยยังชีพเอดส์

-หลักฐานการขอรับเบี้ยยังชีพเอดส์

-งบประมาณและวิธีการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

-การสิ้นสุดการได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

-หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ส่วนที่ 4

โครงการอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

-ความเป็นมาของโครงการอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

-การลงทะเบียนเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด

-แบบลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิ์เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ดร.01

-แบบรับรองสถานะของครัวเรือน ดร.02

-แบบยืนยันเอกสารการลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ดร.04

ส่วนที่ 5

คำขอมีบัตรคนพิการ

-ขั้นตอนการขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

-การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

-การเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ

ส่วนที่ 6

การลงทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

- หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
- ขั้นต่อน
- รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ส่วนที่ 7

คู่มือการปฏิบัติงานการให้บริการสวัสดิการด้านปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

- แนวทางการดำเนินงานการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ
- หลักเกณฑ์การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ
  (งบประมาณไม่เกิน 40,000 บาท)
- ขั้นตอนการดำเนินงาน
- ดำเนินการซ่อมแซม

- รายงานผลการดำเนินการ
- เอกสารหลักฐานการประกอบ

ส่วนที่ 8

คู่มือการปฏิบัติงานการให้บริการสวัสดิการด้านปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

- หลักเกณฑ์
- กรมกิจการผู้สูงอายุสนับสนุนงบประมาณ
- ขั้นตอนการดำเนินงาน
- รายงานผลการดำเนินการ
- เอกสารหลักฐานประกอบ

ส่วนที่ 1
คู่มือการปฏิบัติงานด้านเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

บทที่ 1
ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ความหมายของเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ หมายถึง สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุรูปแบบหนึ่ง เพื่อจัดสรรงบประมาณของรัฐบาล ในการสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กับผู้สูงอายุในชุมชน หรือในหมู่บ้านต่างๆ ทั่วประเทศ ซึ่งประสบปัญหาความเดือดร้อน เนื่องจากไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู ถูกทอดทิ้ง และไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้โดยปกติตามควรแก่อัตภาพ โดยให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ เป็นเงินจนตลอดชีพ

ความเป็นมาของเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมหนึ่งที่กรมประชาสงเคราะห์ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ. ศ. 2536 ตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2535 ซึ่งเห็นชอบให้กรมประชาสงเคราะห์ดำเนินโครงการกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชนเพื่อจัดสรรงบประมาณหมวดเงินอุดหนุนสงเคราะห์เบี้ยยังชีพช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนในด้านต่างๆ โดยกระทรวงการคลังได้อนุมัติหลักการเบิกจ่ายเงินตาม โครงการดังกล่าว เป็นเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุคนละ 200 บาท/เดือน จนตลอดชีพ และรัฐบาลได้ให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง จึงได้เพิ่มจำนวนผู้สูงอายุที่รับเบี้ยยังชีพเพิ่มมากขึ้นทุกปี จนถึงปี พ.ศ.2542 รัฐบาลได้เพิ่มเงิน เพิ่มพิเศษในภาวะเศรษฐกิจถดถอยให้แก่ผู้สูงอายุที่รับเบี้ยยังชีพอีกคนละ 100 บาท/คน/เดือน รวมเบี้ยยังชีพที่ ผู้สูงอายุได้รับคนละ 300บาท/คน/เดือนจนตลอดชีพ ปัจจุบันรัฐบาลได้จัดสรรเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุทุกคนที่มี อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ตามขั้นบันได

วัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน

1. เพื่อเป็นการกระจายบริการของรัฐให้แก่ผู้สูงอายุ
2. เพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับผู้สูงอายุ ว่ารัฐไม่ได้ทอดทิ้ง แต่พยายามให้ความช่วยเหลือและ ยังเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน โดยไม่ต้องอยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐ ซึ่งเป็นทางเลือกสุดท้ายที่จะช่วยเหลือผู้สูงอายุ

ประโยชน์ของการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

1. **ด้านเศรษฐกิจ**

ทำให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายอย่างมีความสุขตามควรแกอัตภาพ อันเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มีมาตรฐานสูงขึ้น ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านปัจจัย 4 และถือเป็นการกระจายรายได้ไปสู่ประชากรที่สมควรได้รับการช่วยเหลือในบั้นปลายของชีวิต

2. **ด้านสังคม**

เป็นกิจกรรมที่ปลุกจิตสำนึกของชุมชนที่มีผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ได้ร่วมกันป้องกันแก้ไขปัญหาของชุมชนไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุในชุมชน และเป็นการใช้ชุมชนเป็นฐานในการให้บริการ

3. **ด้านจิตใจ**

ก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ อย่างมี ความสุข ตลอดจนเป็นที่พึ่งของบุตรหลานและครอบครัว

คุณสมบัติของผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพ

1. มีสัญชาติไทย

2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน

3. มีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้ลงทะเบียน และยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4. ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ ประจำหรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้ พิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2548

การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพที่ผู้สูงอายุจะได้รับในปัจจุบัน (ปี 2558) คิดในอัตราเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได แบบ “ขั้นบันได”หมายถึงการแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุเป็นช่วงๆ หรือเป็นขั้นขึ้นไปเรื่อยๆ โดย เริ่มตั้งแต่อายุ 60 ปี

ตารางการคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือนสำหรับผู้สูงอายุ (แบบขั้นบันได)

ขั้น	อายุ (ปี)	จำนวนเงิน (บาท)
ขั้นที่ 1	60-69	600
ขั้นที่ 2	70-79	700
ขั้นที่ 3	80-89	800
ขั้นที่ 4	90 ปีขึ้นไป	1,000

บทที่ 2
กระบวนการดำเนินงานเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

1. การยื่นคำขอ

ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ

ภายในเดือนพฤศจิกายนของทุกปีให้ผู้ที่จะมีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปในปีงบประมาณถัดไป ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุด้วยตนเองต่อองค์การบริหารส่วนตำบลสามพี่น้อง หรือสถานที่ ที่องค์การบริหารส่วนตำบลสามพี่น้องกำหนด โดยมีหลักฐานดังนี้

1.1 บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา

1.2 ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา

1.3 สมุดบัญชีเงินฝากพร้อมสำเนา สำหรับกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร

ในกรณีที่มีความจำเป็น ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนก็ได้

ในกรณีผู้สูงอายุที่ได้รับเงินเบี้ยผู้สูงอายุจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณที่ผ่านมา ให้ถือว่าเป็นผู้ได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามระเบียบแล้ว

ในกรณีผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเบี้ยผู้สูงอายุจากองค์การบริหารส่วนตำบลจีกแดกย้ายภูมิลำเนาไปอยู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ให้องค์การบริหารส่วนตำบลสามพี่น้องยังคงจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจนกว่าจะสิ้น ปีงบประมาณนั้น หากมีความประสงค์จะรับเบี้ยยังชีพกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ต้องไป ลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ก่อนสิ้นปีงบประมาณ

หมายเหตุ การนับอายุว่าจะอยู่ในขั้นที่เท่าไหร่ ให้นับ ณ วันที่ 30 กันยายน เท่านั้น เช่น

1. นาย ก. เกิด 30 กันยายน 2488 ณ วันที่ 30 กันยายน 2558 นาย ก.จะ อายุ 70 ปี หมายความว่า นาย ก. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ 700 บาท ในเดือน ตุลาคม 2558 (ปีงบประมาณ 2559)

2. นาง ข. เกิด 1 ตุลาคม 2488 ณ วันที่ 30 กันยายน 2558 นาง ข.จะอายุ 69 ปี หมายความว่า นาง ข.จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ 600 บาท เท่าเดิม จนกว่าจะถึงรอบปี ถัดไป

การนับรอบงบประมาณ คือ 1 ตุลาคม – 30 กันยายน เช่น

1. ปีงบประมาณ 2558 จะเริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2557 – 30 กันยายน 2558

2. ปีงบประมาณ 2559 จะเริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558 – 30 กันยายน 2559

2. การตรวจสอบและจัดทำประวัติผู้มีสิทธิ

ภายในเดือนตุลาคมของทุกปี ให้องค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคลดำเนินการตรวจสอบ สถานะของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและให้ผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแสดงการดำรงชีวิตอยู่ต่อองค์การบริหาร ส่วนตำบลทองมงคล โดยจะแสดงด้วยตนเองหรือให้มีการรับรองของนายทะเบียนอำเภอหรือนายทะเบียน ท้องถิ่นก็ได้

ในกรณีที่ผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุไม่ได้ดำเนินการดังกล่าวให้องค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคล ตรวจสอบการดำรงชีวิตอยู่ของผู้สูงอายุดังกล่าว จากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรหรือหลักฐานอื่นที่สามารถตรวจสอบได้

3. งบประมาณและวิธีการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ

3.1 การตั้งงบประมาณและวิธีการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุให้ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น

3.2 การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุให้จ่ายในอัตราแบบขั้นบรรได หรือตามมติคณะรัฐมนตรี

3.3 การจ่ายเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุให้แก่ผู้มีสิทธิให้องค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคลจ่ายโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ หรือในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจเป็นหนังสือจากผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นรายเดือนภายในวันที่ 10 ของทุก เดือนในการจ่ายเงินให้แก่ผู้รับมอบอำนาจต้องตรวจสอบจนแน่ใจว่าเป็นบุคคลเดียวกับผู้ที่ได้รับ มอบอำนาจและต้องได้รับการยืนยันว่าผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุยังมีชีวิตอยู่ การโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารให้เป็นไปตามที่องค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคลกำหนด หรือตามที่ตกลงกันเป็นอย่างอื่น

4. การสิ้นสุดการได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

สิทธิของผู้ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจะสิ้นสุดลงในกรณีดังต่อไปนี้

4.1 ตาย

4.2 อยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

4.3 แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นหนังสือต่อองค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคล

4.4 มีตำแหน่งทางการเมือง (มีเงินเดือน)

กรณีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุดังกล่าวสิ้นสุดลง ให้ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคล สั่งระงับการจ่ายเงินเบี้ยผู้สูงอายุสำหรับบุคคลดังกล่าวทันที

กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตาย ให้นายทะเบียนอำเภอ หรือนายทะเบียนท้องถิ่นแจ้งการตายต่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผู้ตายมีชื่อในทะเบียนภายในเจ็ดวันนับแต่วันที่นายทะเบียนอำเภอหรือนายทะเบียน ท้องถิ่นได้รับแจ้งการตายและให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผู้ตายมีชื่ออยู่ในทะเบียนนั้น แจ้งแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขาดคุณสมบัติ หรือมีลักษณะต้องห้าม ให้องค์การบริหารส่วนตำบล ทองมงคลปิดประกาศไว้โดยเปิดเผย ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือสถานที่ที่องค์การบริหาร ส่วนตำบลทองมงคลกำหนดเป็นเวลาไม่น้อยกว่าสิบห้าวัน

หากไม่มีผู้คัดค้าน ให้องค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคลพิจารณาสั่งถอนรายชื่อ และระงับการจ่ายเงินเบี้ยผู้สูงอายุทันที

ในกรณีที่มีการคัดค้านให้องค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคลตรวจสอบข้อเท็จจริงให้ชัดเจนเพื่อพิจารณาดำเนินการตามสมควรแก่กรณีต่อไป

5. หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

5.1 ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง

5.2 เมื่อย้ายภูมิลำเนาจากองค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคล ไปอยู่ภูมิลำเนาอื่น

5.3 ต้องแจ้งข้อมูลเพื่อให้องค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคล ได้รับทราบ

5.4 ให้ผู้ที่รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแสดงการมีชีวิตอยู่ต่อ องค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคล ระหว่าง 1-5 ตุลาคม ของทุกปี

5.5 กรณีตาย ให้ญาติของผู้รับเงินเบี้ยยังชีพแจ้งการตาย ให้ องค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคล ทราบ (พร้อมสำเนามรณบัตร)

6. การติดตามผลการจ่ายเบี้ยยังชีพ

ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ

6.1 ให้องค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคลติดตามผลการจ่ายเบี้ยผู้สูงอายุ ว่าผู้สูงอายุได้รับเงินตรง ตามระยะเวลาที่กำหนดและได้รับเงินครบหรือไม่นอกจากนี้ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแนะนำและพิจารณาให้ความ ช่วยเหลือในปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น

6.2 ในกรณีที่มีการร้องเรียนว่าผู้สูงอายุมีคุณสมบัติไม่เหมาะสม ให้องค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคลตรวจสอบและหากขาดคุณสมบัติจริงให้ระงับการจ่ายเงินทันที

7. การรายงานผลการดำเนินงาน

ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติ

7.1 องค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคลรายงานรายชื่อผู้สูงอายุที่ได้ขึ้นทะเบียนรับเบี้ยยังชีพให้ประชาชน รับทราบ โดยวิธีการจัดทำทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุติดประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

7.2 หลังจากเบิกจ่ายเงินให้ผู้สูงอายุแล้ว ให้องค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคลรายงานผลการดำเนินการตามแบบรายงานเป็นรายเดือนให้อำเภอจังหวัดทราบ

7.3 องค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคลรายงานการเปลี่ยนแปลงผู้สูงอายุที่รับเบี้ยยังชีพให้ หน่วยงานเจ้าของงบประมาณทราบเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง

บทที่ 3
บทบาทของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

ในการดำเนินงานเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจุบันได้เป็นภารกิจถ่ายโอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นผู้รับผิดชอบ ดังนั้น บทบาทในการดำเนินงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

1. สำรวจผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมาะสมที่มีสิทธิจะได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในท้องถิ่นที่ตัวเองรับผิดชอบ

2. รวบรวมแบบการขอขึ้นทะเบียนที่ผ่านการตรวจสอบคุณสมบัติ

3. นำส่งรายชื่อผู้สูงอายุที่ผ่านคุณสมบัติไปยังหน่วยงานเจ้าของงบประมาณ เพื่อเสนอขออนุมัติจากผู้ว่าราชการจังหวัดต่อไป

4. จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพที่ผ่านการอนุมัติแล้ว และติดประกาศในที่เปิดเผยต่อ ประชาชน

5. แจ้งให้ผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพทราบ จัดทำเอกสารหนังสือต่างๆตามแบบที่กำหนดได้แก่ หนังสือ หนังสือมอบอำนาจ หนังสือรับรองว่าจะแจ้งการเสียชีวิต และหนังสือรับรองการมีชีวิต

6. ดำเนินการเบิกจ่ายเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุโดยวิธีการเบิกจ่ายเงินแล้วแต่ความเห็นชอบของ อบต. ภายใต้ ระเบียบที่เกี่ยวข้อง

7. เก็บรวบรวมหลักฐานการเบิกจ่ายเงินไว้เพื่อการตรวจสอบ โดยหากจ่ายเงินให้ผู้สูงอายุเป็นเงินสดให้ใช้ หลักฐานใบสำคัญรับเงินตามแบบที่กระทรวงการคลังกำหนด

8. ในกรณีที่ผู้สูงอายุเสียชีวิตระหว่างงวด ให้เป็นสิทธิของทายาทตามพินัยกรรมที่ผู้สูงอายุระบุไว้ หรือหากไม่มีพินัยกรรมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเสนอหน่วยงานเจ้าของงบประมาณเพื่อดำเนินการระงับการจ่ายเงิน

9. ในกรณีที่ได้รับการร้องเรียนว่าผู้สูงอายุที่รับเบี้ยยังชีพมีคุณสมบัติไม่เหมาะสม ให้ดำเนินการตรวจสอบ และรายงานหน่วยงานเจ้าของงบประมาณทราบเพื่อทำการระงับต่อไป

10. เยี่ยมเยียนและติดตามผลผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ โดยหากพบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานให้ดำเนินการช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแนะนำ

11. ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุให้ประชาชนในท้องถิ่นได้รับทราบทุกรูปแบบ

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๕

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ขอลงทะเบียน

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.....มีชื่ออยู่ในสำเนา

ทะเบียนบ้านเลขที่ .....หมู่ที่.....ชุมชนที่.....ตรอก/ ซอย .....-.....ถนน.....-..... ตำบล.....เขารูปช้าง.....

อำเภอ.....เมือง.....จังหวัด .....สงขลา.....รหัสไปรษณีย์ .....๙๐๐๐๐.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

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

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

☐ ได้รับเงินเบี้ยความพิการ ☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ .....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☐ ทะเบียนบ้าน

☐ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

☐ บัญชีเงินฝากธนาคาร .....บัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

โดยเริ่มรับเงินตั้งแต่เดือน.....พ.ศ. .....เป็นต้นไป

"ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ บำเหน็จรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ"

"ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐทุกปีและอนุญาตตรวจสอบสถานะการดำรงชีวิตทุกเดือนกับสำนักทะเบียนราษฎร

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

(ลงชื่อ) .....

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

<u>หมายเหตุ</u> ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ ..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ แล้ว ☐ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก .... (ลงชื่อ) ..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	เรียน นายกเทศมนตรีเมืองเขารูปช้าง คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) ..... (นางภัทร์กานต์ จันทร์มา) กรรมการ (ลงชื่อ) ..... (นางชุติพรรณ สุริแสง) กรรมการ (ลงชื่อ) ..... (นางสาวจุรีวัญญ์ เพชรศรี)

คำสั่ง

☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่น ๆ.....

.....

(ลงชื่อ) .....

นายกเทศมนตรีเมืองเขารูปช้าง

วัน/เดือน/ปี .....

ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

ชื่อ-สกุล.....ลำดับที่ลงทะเบียน...../๒๕๖๕...

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน โดยโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....เลขที่บัญชี.....โดยได้รับตั้งแต่เดือน.....พ.ศ. ..... เป็นต้นไป

กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนา ไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ภายในเดือนพฤศจิกายนของปีที่ย้ายทะเบียนบ้านออกไป ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้

ส่วนที่ 2
คู่มือการปฏิบัติงาน
การให้บริการสวัสดิการด้านเบี้ย
ยังชีพคนพิการ

โครงการเบี้ยยังชีพคนพิการ

ความเป็นมาของโครงการเบี้ยยังชีพคนพิการ

ปัจจุบันการเพิ่มจำนวนของคนพิการเป็นสาเหตุหนึ่ง ซึ่งเกิดจากการพัฒนาทางการแพทย์และการ สาธารณะสุขที่เจริญก้าวหน้า และการตั้งครรภ์นอกสมรสที่เกิดขึ้นจากกลุ่มนักเรียนวัยรุ่น คนงานก่อสร้าง ส่วนใหญ่จะ ใช้วิธีขจัดปัญหาโดยการทานยาขับ แต่ไม่เป็นผลสำเร็จ ดังนั้น เมื่อให้กำเนิดเด็กพิการแล้วมักจะทอดทิ้งไว้ตาม โรงพยาบาลหรือที่สาธารณะต่างๆจึงนับเป็นภาระแก่สังคมเป็นอย่างมาก

ในการจัดตั้งโครงการเบี้ยยังชีพคนพิการมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดสวัสดิการสังคมที่เน้นให้คนพิการ อาศัยอยู่กับครอบครัว โดยครอบครัวและชุมชนได้มีบทบาทในการดูแลและแก้ไขปัญหาของคนพิการ วิธีการให้สงเคราะห์เบี้ยยังชีพคนพิการดำเนินการภายใต้ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินเบี้ยความ พิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553 โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ย ความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อให้สอดคล้องกับระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการสวัสดิการเบี้ยความพิการ พ.ศ.2552 ลงวันที่ 23 พฤศจิกายน 2552 ซึ่งออกโดยอาศัยอำนาจตามความในมาตรา 20 (9) แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 ดังนี้

1. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ

ผู้ที่มีสิทธิได้รับพิจารณาการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพคนพิการจะต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังนี้

1.1 มีสัญชาติไทย

1.2 มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน

1.3 มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ

1.4 ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

2. ขั้นตอนการยื่นคำขอ

ภายในเดือนพฤศจิกายนของทุกปีให้คนพิการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไปด้วยตนเอง ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคล หรือสถานที่ที่องค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคล กำหนดโดยมีหลักฐานพร้อมสำเนาที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการลงลายมือชื่อรับรองความถูกต้อง ดังต่อไปนี้

2.1 บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ

2.2 ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา

2.3 สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร สำหรับกรณีที่ผู้ขอรับเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการผ่านธนาคาร

ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบธรรม คนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ ความสามารถให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาลแล้วแต่กรณียื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว

สำหรับคนพิการในกรณีอื่นนอกจากบุคคลในเบื้องต้น ซึ่งไม่อาจยื่นคำขอได้ด้วยตนเอง ให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทนโดยให้ผู้ที่เชื่อถือได้รับรองสถานะของคนพิการ แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและผู้ดูแล คนพิการแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย ในกรณีคนพิการซึ่งมีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนึ่ง และย้ายภูมิลำเนาไปอยู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ให้องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นที่จ่ายเบี้ยยังชีพคนพิการหยุดจ่ายและให้ไปลงทะเบียนคนพิการที่ใหม่และได้รับในเดือนถัดไป

3. การตรวจสอบและจัดทำทะเบียนประวัติผู้มีสิทธิ

ภายในเดือนตุลาคมของทุกปี องค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคลจะดำเนินการตรวจสอบสถานะความพิการและการดำรงอยู่ของคนพิการ

4. งบประมาณและวิธีการจ่ายเงินเบี้ยความพิการ

4.1 การตั้งงบประมาณและวิธีการแจกเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคลดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการจ่ายเบี้ยความพิการ

4.2 การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้จ่ายในอัตราเดือนละแปดร้อยบาท หรือตามมติคณะรัฐมนตรี

4.3 การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้แก่ผู้มีสิทธิตามระเบียบนี้ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจ่ายเป็นเงินสดหรือโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิรับเบี้ยความ พิการหรือในนามผู้ดูแลคนพิการเป็นรายเดือนภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน หากล่าช้าเกิน กว่ากำหนดดังกล่าว ต้องเป็นกรณีจำเป็นอันมิอาจก้าวล่วงได้ ในการจ่ายเงินให้แก่ผู้ดูแลคนพิการ ต้องตรวจสอบจนแน่ใจว่าเป็นบุคคลเดียวกับ ผู้ดูแลคนพิการ และต้องได้รับการยืนยันว่าผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการยังมีชีวิตอยู่

<u>หมายเหตุ</u> ปัจจุบัน เบี้ยยังชีพคนพิการ 800 บาท/คน/เดือน

5. การสิ้นสุดการได้รับเงินเบี้ยความพิการ

สิทธิของผู้ได้รับเงินเบี้ยความพิการจะสิ้นสุดลงในกรณีดังต่อไปนี้

5.1 ตาย

5.2 อยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

5.3 แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยความพิการ เป็นหนังสือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมี สิทธิได้รับเบี้ยความพิการ

กรณีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการดังกล่าวสิ้นสุดลง ให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สั่งระงับการจ่ายเงินเบี้ยความพิการสำหรับบุคคลดังกล่าวทันที

กรณีผู้รับเงินเบี้ยความพิการตาย ให้นายทะเบียนอำเภอ หรือนายทะเบียนท้องถิ่นแจ้งการ ตายต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผู้ตายมีชื่อในทะเบียนภายในเจ็ดวันนับแต่วันที่นายทะเบียนอำเภอหรือ นายทะเบียนท้องถิ่นได้รับแจ้งการตายและให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผู้ตายมีชื่ออยู่ในทะเบียนนั้น แจ้งแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จ่ายเบี้ยความพิการ

กรณีผู้รับเงินเบี้ยความพิการขาดคุณสมบัติ หรือมีลักษณะต้องห้าม ให้องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นปิดประกาศไว้โดยเปิดเผย ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นกำหนดเป็นเวลาไม่น้อยกว่าสิบห้าวันหากไม่มีผู้คัดค้าน ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณาสั่งถอน รายชื่อ และระงับการจ่ายเงินเบี้ยความพิการทันที

ในกรณีที่มีการคัดค้านให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตรวจสอบข้อเท็จจริงให้ชัดเจนเพื่อพิจารณาดำเนินการตามสมควรแก่กรณีต่อไป

6. หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพความพิการ

6.1 ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง

6.2 เมื่อย้ายภูมิลำเนาจากองค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคล ไปอยู่ภูมิลำเนาอื่น

6.3 ต้องแจ้งข้อมูลเพื่อให้องค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคล ได้รับทราบ

6.4 ต้องแจ้งข้อมูลต่อองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ เพื่อลงทะเบียน

6.5 กรณีตาย ให้ญาติของผู้รับเงินเบี้ยยังชีพแจ้งการตาย ให้ องค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคล

ทะเบียนเลขที่..... /๒๕๖๕

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา – มารดา ☐ บุตร ☐ สามี – ภรรยา ☐ พี่ – น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการ ☐อื่นๆ
ชื่อ – นามสกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบ
☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ ที่อยู่.....
..... โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

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

ด้วยข้าพเจ้า ☐เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐อื่นๆ (ระบุ).....
ชื่อ..... นามสกุล.....
เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. ..... อายุ.....ปี สัญชาติ....ไทย..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน
เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....โพธิ์ศรีสำราญ..... อำเภอ.....โนนสะอาด.....
จังหวัด.....อุดรธานี..... รหัสไปรษณีย์ ๔๑๒๔๐ โทรศัพท์.....
หมายเลขประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

ประเภทความพิการ
☐ ความพิการทางการมองเห็น
☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย
☐ ความพิการทางจิตใจหรือทางพฤติกรรม
☐ ความพิการทางสติปัญญา
☐ ความพิการทางการเรียนรู้
☐ ความพิการทางออทิสติก

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้..... โทรศัพท์.....
ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....
☐ ได้รับเงินเบี้ยผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
☐ มีอาชีพ (ระบุ)..... รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....(บาท)
☐ มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ .....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)
☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
ธนาคาร..... สาขา..... เลขที่บัญชี.....

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้
☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการมีความประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

"ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่เป็นบุคคลที่อยู่ในอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการหากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย"

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

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	**ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**
เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว ..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ แล้ว ☐ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก .... (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ศรีสำราญ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... ( ) กรรมการ (ลงชื่อ)..... ( )

คำสั่ง

☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่นๆ.....

ลงชื่อ).....

(นายบุญเต็ม ศรีโมง)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ศรีสำราญ

วัน/เดือน/ปี.....

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้ ----------

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่..... เดือน.....พ.ศ.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ .ศ.๒๕๖๕ โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ..... ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนโดยทันที ทั้งนี้เพื่อการรักษาสิทธิ์ให้ต่อเนื่อง

ส่วนที่ 3
คู่มือการปฏิบัติงาน
การให้บริการสวัสดิการด้านเบี้ย
ยังชีพผู้ติดเชื้อเอดส์

การจัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

.....

"ผู้ป่วยเอดส์"หมายความว่าผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว

"ผู้อุปการะ"หมายความว่า บรรดาผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ เช่น บิดา มารดา บุตร สามีภริยา ญาติพี่น้อง หรือบุคคลอื่น ที่ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการช่วยเหลือ

ปัจจุบันผู้ป่วยเอดส์มีจำนวนมาก ทั้งในหมู่บ้านตามชนบทและชุมชนในเมือง ซึ่งส่วนใหญ่มีสภาพความเป็นอยู่ยากจน บางรายมีอาการเจ็บป่วยค่อนข้างรุนแรง สุขภาพร่างการทรุดโทรม ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ ขาดผู้อุปการะดูแล ถูกรังเกียจจากสังคม ก่อให้เกิดปัญหาอย่างต่อเนื่องกับผู้ติดเชื้อเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์และ ครอบครัว ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีสวัสดิการสังคมเพื่อรองรับกับปัญหาของผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ เหล่านี้ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จึงได้มีโครงการจัด สวัสดิการแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์ลงสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

วัตถุประสงค์

1.เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเอดส์สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ตามปกติ

2.เพื่อเป็นการบรรเทาปัญหาความเดือดร้อน ด้านค่าครองชีพให้แก่ครอบครัวของผู้ป่วยเอดส์ให้สามารถ ครองชีพได้ตามอัตภาพ

วิธีการดำเนินการ

การให้การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพแก่ผู้ป่วยเอดส์ โดยองค์การบริหารส่วนตำบลสามพี่น้อง เป็นผู้ดำเนินการภายใต้ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548

คุณสมบัติของผู้รับเบี้ยยังชีพเอดส์

1. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
3. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบ อาชีพเลี้ยงตนเองได้ ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติข้างต้นและมีความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์ให้ ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนเองมีภูมิลำเนาอยู่

ในกรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถดำเนินการมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้ อุปการะมาดำเนินการแทนก็ได้

หลักฐานการขอรับเบี้ยยังชีพเอดส์

1. ใบรับรองแพทย์โดยให้ระบุถึงผลการตรวจเลือดและอาการเจ็บป่วยที่ปรากฏ

2. ทะเบียนบ้านของผู้ป่วย

3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์

4. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา สำหรับกรณีผู้ป่วยเอดส์ประสงค์รับเงินสงเคราะห์ผ่านธนาคาร

งบประมาณและวิธีการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

องค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคลอาจตั้งงบประมาณของตนเอง เพื่อให้การสงเคราะห์ได้ในกรณีดังนี้

1. จ่ายให้แก่ผู้ป่วยเอดส์ตามบัญชีรายชื่อที่ได้รับอนุมัติจากผู้บริหารท้องถิ่น

2. จ่ายสมทบให้แก่ผู้ป่วยเอดส์ตามบัญชีรายชื่อที่ได้รับการสงเคราะห์งบประมาณเบี้ยยังชีพจากรัฐอยู่เดิม ในกรณีที่อัตราที่ได้รับจากรัฐน้อยกว่าอัตราที่องค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคลจ่ายให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับเงิน

ในกรณีในการจ่ายเงินให้แก่ผู้ระบมอบอำนาจต้องตรวจสอบจนแน่ใจว่าเป็นบุคคลเดียวกับผู้ที่ได้รับมอบอำนาจและต้องได้รับการยืนยันว่าผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุยังมีชีวิตอยู่

หากเป็นการโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารให้องค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคลบันทึกรายละเอียด การโอนเงินในบัญชีการจ่ายเงินสงเคราะห์ โดยใช้หลักฐานการโอนเงินเป็นหลักฐานประกอบการจ่ายเงินและให้เก็บ รักษาหลักฐานการจ่ายหรือโอนเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพไว้เพื่อการตรวจสอบ

3. การจ่ายเงินให้จ่ายได้ในอัตราดังนี้

3.1 จ่ายตามอัตราที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด

3.2 หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความประสงค์จ่ายเกินกว่าอัตราที่กำหนด สามารถกระทำได้ ทั้งนี้ต้องไม่เกินกว่าสองเท่าของอัตราที่กำหนดหรือไม่เกินกว่าหนึ่งพันบาท โดยให้เสนอสภาท้องถิ่นพิจารณาอนุมัติ และให้คำนึงถึงสถานะการคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3.3 การจ่ายเงินให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์แต่ละประเภทให้จ่ายได้ในอัตราเดียวกันด้วยวิธีหนึ่ง วิธีใดตามความประสงค์ของผู้มีสิทธิได้รับเงินเงินสงเคราะห์ ดังต่อไปนี้

(1) จ่ายเป็นเงินสดหรือโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ์ได้รับเงินสงเคราะห์

(2) จ่ายเป็นเงินสดหรือโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ์ได้รับ เงินสงเคราะห์

การสิ้นสุดการได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

สิทธิของผู้ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์สิ้นสุดลงในกรณีต่อไปนี้

1.ตาย

2.ขาดคุณสมบัติ

3.แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยผู้ป่วยเอดส์ เป็นหนังสือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีสิทธิได้รับ เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

กรณีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ดังกล่าวสิ้นสุดลง ให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสั่งระงับ การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์สำหรับบุคคลดังกล่าวทันที

หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

1. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง
2. เมื่อย้ายภูมิลำเนาจากองค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคล ไปอยู่ภูมิลำเนาอื่น
3. ต้องแจ้งข้อมูลเพื่อให้องค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคล ได้รับทราบ
4. ให้ผู้ที่รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แสดงการมีชีวิตอยู่ต่อ องค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคล ระหว่าง 1-5 ตุลาคม ของทุกปี
5. กรณีตาย ให้ญาติของผู้รับเงินเบี้ยยังชีพแจ้งการตาย ให้ องค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคล ทราบ (พร้อมสำเนามรณะบัตร)

ทะเบียนเลขที่...../25.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 25.....

ผู้ยื่นคำขอฯ [ ] แจ้งด้วยตนเอง

[ ] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ – สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน .....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

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

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

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียน**บ้านเลขที่**.....**หมู่ที่**.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ .....

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

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

เกี่ยวข้องโดยเป็น บิดา-มารดา บุตร สามี-ภรรยา พี่น้อง อื่นๆ .....

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 25..... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

☐ **รับเงินสดด้วยตนเอง** ☐ **รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ**

☐ **โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ** ☐ **โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ**

<u>พร้อมแนบเอกสาร</u> ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

สำเนาทะเบียนบ้าน

ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

(.....) (.....)

<u>หมายเหตุ</u> ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

เรียน คณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ..... แล้ว

☐ เป็นผู้มีสิทธิครบถ้วน

☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) ..... เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกเทศมนตรี ตำบลพิกุลออก

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

☐สมควรรับขึ้นทะเบียน

☐ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

(.....)	(.....)	(.....)
กรรมการ	กรรมการ	กรรมการ

คำสั่ง

☐รับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน

อื่นๆ.....

.....

หนังสือมอบอำนาจ

ที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

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

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

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้า ได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ..... ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน
(.....)

หลักฐานประกอบของผู้รับมอบอำนาจ

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ เอกสารอื่นๆ.....

ส่วนที่ 4
คู่มือการปฏิบัติงาน
การให้บริการสวัสดิการด้านการอุดหนุน
เพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

ความเป็นมาของโครงการอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด



โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด เป็นนโยบายสำคัญระดับชาติตามแผนบูรณาการการ พัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต ซึ่งเป็นการสร้างระบบคุ้มครองทางสังคม (Social Protection) โดยจัดสวัสดิการเงิน อุดหนุนให้กับเด็กแรกเกิดในครัวเรือนยากจน หรือครัวเรือนที่เสี่ยงต่อความยากจน รวมทั้งเป็นการลดความ เหลื่อมล้ำทางสังคม เป็นการประกันสิทธิให้เด็กได้รับสิทธิโดยตรง ทั้งด้านการอยู่รอด แล้วยังเป็นการสร้างช่องทาง ให้เด็กเข้าถึงสิทธิในเรื่องอื่นๆ ตามมา เป็นมาตรการให้พ่อแม่นำเด็กเข้าสู่ระบบบริการของรัฐ เพื่อให้เด็กได้รับการ ดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด สามารถนำไปใช้เป็นค่าใช้จ่ายในการเลี้ยง ดูเด็กแรกเกิด ทั้งทางด้านสุขภาพ โภชนาการ เครื่องนุ่งห่ม และอุปกรณ์เครื่องมือในการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

คณะรัฐมนตรี มีมติเมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2558 เห็นชอบหลักการของโครงการ โดยให้เงินอุดหนุนเด็ก แรกเกิดที่อยู่ในครัวเรือนยากจน หรือครัวเรือนที่เสี่ยงต่อความยากจนที่เกิดระหว่าง 1 ตุลาคม 2558 ถึง วันที่30 กันยายน 2559 รายละ 400 บาท ต่อเดือน เป็นระยะเวลา 1 ปี (12 เดือน) โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์เป็นหน่วยงานหลักร่วมกับกระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข เป็นการบูรณา การการทำงานร่วมกัน และเมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2559 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้ดำเนินโครงการเงินอุดหนุน เพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ต่อเนื่องสำหรับกลุ่มเป้าหมายใหม่ในแต่ละปี โดยให้เงินอุดหนุนตั้งแต่แรกเกิดจนครบ อายุ 3 ปี (36 เดือน) สำหรับเด็กที่อยู่ในครัวเรือนยากจน หรือครัวเรือนที่เสี่ยงต่อความยากจน และเพิ่มเงิน อุดหนุนเป็น 600 บาท ต่อเดือน เริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม 2559 เป็นต้นไป

การขยายและเพิ่มวงเงินช่วยเหลือ มีข้อมูลสนับสนุนจากสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) และองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (unicef) พบว่า เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดจะมีประโยชน์ สูงสุดต่อพัฒนาการของเด็ก ก็ต่อเมื่อให้เงินช่วยเหลือจนถึงอายุ 3 ปีเป็นอย่างน้อย จึงควรเพิ่มเงินช่วยเหลือ เพื่อให้เพียงพอและสอดคล้องกับผลการศึกษาค่าใช้จ่ายด้านอาหารของเด็กเล็ก และในอนาคตควรให้เป็น โครงการถาวร อีกทั้งโครงการดังกล่าว ตอบสนองนโยบายรัฐบาลในการที่จัดสวัสดิการช่วยเหลือและพัฒนา คุณภาพชีวิตของเด็ก สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การเสริมสร้างและพัฒนา

ศักยภาพทุนมนุษย์ของร่างแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 รวมทั้งยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนของร่างกรอบ ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579)

คณะรัฐมนตรี ยังได้มีมติเมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน 2560 รับทราบรายงานผลการดำเนินงานโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดประจำปีงบประมาณ 2559 และพิจารณาเห็นชอบกรณีการยกเลิกเงื่อนไขที่ กำหนดว่า ผู้มีสิทธิ์ได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดต้องไม่เป็นผู้อยู่ในระบบประกันสังคม และเริ่ม ดำเนินการปีงบประมาณ 2561 โดยให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ดำเนินการ ดังนี้

1. นำความเห็นของสำนักงบประมาณ และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคม แห่งชาติ ไปพิจารณาดำเนินการด้วย กล่าวคือ

1.1. ให้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลสถานะของผู้ขอรับสิทธิ์ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการอย่างแท้จริง สำหรับภาระงบประมาณที่เพิ่มขึ้นให้ใช้งบประมาณประจำปี 2561 และหากไม่เพียงพอให้ขอรับการ จัดสรรงบกลาง รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น

1.2. ควรมีการประชาสัมพันธ์ สร้างการรับรู้และความเข้าใจกับกลุ่มเป้าหมายและผู้ทำหน้าที่คัดกรองสิทธิ์ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงสิทธิ์และผู้คัดกรองสิทธิ์มีความเข้าใจหลักเกณฑ์โปร่งใส ตรวจสอบได้

1.3 ควรมีการประเมินจำนวนครัวเรือนยากจนที่อยู่ในระบบประกันสังคมที่คาดว่า จะมีสิทธิ์และงบประมาณที่ คาดว่าจะเพิ่มขึ้นเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาและจัดสรรงบประมาณต่อไป

2. บูรณาการการดำเนินโครงการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สอดคล้องกับภาพรวมการช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยทั้งระบบและเร่งประเมินผลสัมฤทธิ์ของโครงการ

3. พิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ในการเชื่อมโยงข้อมูลจากฐานข้อมูล ผู้มีรายได้น้อยตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐนำมาใช้เป็นเกณฑ์กำหนดคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโครงการ ฯ

4. ปรับปรุงกระบวนการตรวจสอบและรับรองสิทธิ์จากเดิมที่เป็นการใช้กลไกในพื้นที่โดยใช้ดุลยพินิจของผู้รับรอง

ลงทะเบียนเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด

"โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด" ที่เป็นสวัสดิการจากรัฐบาล ช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตรของคุณพ่อ-คุณแม่ในครอบครัวที่ยากจน ให้สามารถเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีผ่านการ อุดหนุนเงินให้ผู้ที่มีบุตร จำนวน 600 บาทต่อคนต่อเดือน ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 3 ขวบ

ผู้ที่มีสิทธิ์รับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิดประจำปีงบประมาณ 2562 จะต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นเด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561-30 กันยายน 2562

2. อยู่ในครอบครัวยากจน หรือ เสี่ยงต่อความยากจน คือ ครัวเรือนที่สมาชิกในครอบครัว มีรายได้เฉลี่ยต่ำ กว่า 3,000 บาทต่อคนต่อเดือน หรือต่ำกว่า 36,000 บาทต่อคนต่อปี

3. มีสัญชาติไทย (บิดาและมารดา /บิดา หรือมารดา เป็นผู้มีสัญชาติไทย)

4. กรณีมารดาเด็กเป็นคนต่างด้าว หรือไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎร์หรือเสียชีวิต อนุโลมให้บิดาเด็ก สัญชาติไทยตามสูติบัตร ลงทะเบียนแทนมารดาเด็กได้หลังจากเด็กเกิดแล้ว โดยให้นำเอกสารหลักฐานของบิดา-มารดา ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐมายื่นเพื่อแสดงความจำนงขอรับสิทธิ์

5. ต้องไม่เป็นผู้ได้รับเงินช่วยเหลือในการเลี้ยงดูบุตรจากหน่วยงานของรัฐ หรือรัฐวิสาหกิจ หรืออยู่ในความ ดูแลของหน่วยงานของรัฐ เช่น บ้านพักเด็กและครอบครัว สถานสงเคราะห์ของรัฐ แต่ถ้าหากได้รับเงินสงเคราะห์บุตร จากกองทุนประกันสังคม หรือได้รับเงินสงเคราะห์เป็นครั้งคราว หรือเบี้ยความพิการยังคงมีสิทธิ์ได้รับเงินอุดหนุน เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

วิธีคำนวณรายได้ในครัวเรือนเพื่อรับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด

เกณฑ์สำคัญในการพิจารณาจ่ายเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด ก็คือรายได้ในครัวเรือน ที่กำหนดไว้ว่าต้องเป็น ครอบครัวที่สมาชิกในครัวเรือนมีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 3,000 บาทต่อคนต่อเดือน หรือต่ำกว่า 36,000 บาทต่อคนต่อ ปีซึ่งเราสามารถคำนวณง่าย ๆ ด้วยการนำรายได้ของสมาชิกทั้งหมดในครอบครัวหารด้วยจำนวนสมาชิกทั้งหมดใน ครอบครัว (รวมเด็กแรกเกิดด้วย)

ยกตัวอย่างเช่น มีสมาชิกครอบครัวทั้งหมด 3 คน ประกอบด้วย พ่อ มีรายได้ 8,000 บาทต่อเดือน, แม่ไม่มีรายได้ และลูกที่เป็นเด็กแรกเกิด ไม่มีรายได้ จะคำนวณได้ดังนี้

รายได้ทั้งหมดในครอบครัว / จำนวนสมาชิกทั้งหมด = 8,000 / 3

สรุปแล้ว ครอบนี้มีรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 2,666 บาทต่อเดือน ซึ่งต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน แสดงว่าจะมี สิทธิ์รับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิดนั่นเอง

อย่างไรก็ตาม ในความเป็นจริงการสอบถามรายได้อาจไม่ได้ข้อมูลที่ตรงกับข้อเท็จจริง เจ้าหน้าที่จึงจะนำ ข้อมูลสถานะของครัวเรือนที่กรอกไว้ในแบบ ดร.02 มาประกอบการพิจารณาด้วยโดยต้องมีข้อเท็จจริงข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

1. ครอบครัวมีภาระพึ่งพิง ได้แก่ ในครอบครัวมีคนพิการ หรือผู้สูงอายุ หรือเด็กอายุต่ากว่า 15 ปี หรือคนว่างงาน อายุ 15 – 65 ปีหรือเป็นพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว

2. สภาพที่อยู่อาศัยต้องมีสภาพบ้านชำรุดทรุดโทรม บ้านทำจากวัสดุพื้นบ้าน เช่น ไม้ไผ่ ใบจาก หรือวัสดุ เหลือใช้หรืออยู่บ้านเช่า

3. ไม่มีรถยนต์ส่วนบุคคล รถปิกอัพ รถบรรทุกเล็ก รถตู้

4. เป็นเกษตรกรที่มีที่ดินทำกินไม่เกิน 1 ไร่



เงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด 2562 ลงทะเบียนที่ไหน เมื่อไร

สามารถไปลงทะเบียนรับเงินเด็กแรกเกิด ปีงบประมาณ 2562 ได้แล้วตั้งแต่วันนี้ จนถึงวันที่ 30 กันยายน 2562 ตามสถานที่ลงทะเบียน ดังนี้

1. ผู้ที่มีภูมิลำเนาในต่างจังหวัด : สามารถไปลงทะเบียนที่สำนักงานเทศบาล หรือที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลตามภูมิลำเนา

2. กรณีทำงานหรืออาศัยในต่างภูมิลำเนา : อนุโลมให้ไปลงทะเบียนได้ที่สำนักงานเขตในกรุงเทพ, เมืองพัทยา หรือเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ในพื้นที่ที่อาศัยอยู่จริง

ลงทะเบียนเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิดย้อนหลังได้ไหม

ก่อนหน้านี้ โครงการเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด เคยเปิดให้ลงทะเบียนมาแล้ว 2 รอบ คือ ปีงบประมาณ 2559 ให้กับเด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558-30 กันยายน 2559 และปีงบประมาณ 2560 ให้กับเด็กที่เกิดระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2559-30 กันยายน 2560 อย่างไรก็ดี หากใครที่พึ่งรู้ตัวว่ามีสิทธิ์ได้รับเงินอุดหนุน และยังไม่เคยไป ลงทะเบียน สามารถติดต่อขอลงทะเบียนย้อนหลังได้ แต่จะได้รับเงินอุดหนุนตั้งแต่เดือนที่ลงทะเบียนไปจนถึงอายุ 3 ขวบเท่านั้น จะไม่มีการจ่ายย้อนหลังให้ตั้งแต่เดือนที่เด็กเกิด

เคยลงทะเบียนรับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิดไปแล้ว ต้องไปลงทะเบียนอีกรอบไหม

ใครที่เคยไปลงทะเบียนรับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด ปีงบประมาณ 2559 หรือ 2560 ไปแล้ว จะถือว่าเป็นผู้ขอรับสิทธิ์แล้ว ยังคงได้รับเงินอุดหนุน 600 บาทต่อเดือน จนเด็กมีอายุถึง 3 ขวบเหมือนเดิม โดยไม่ต้องไปลงทะเบียนรอบใหม่ในปีต่อ ๆ ไป

เอกสารที่ใช้ลงทะเบียน รับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด

1. แบบลงทะเบียน (ดร.01)
2. แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.02) ที่ได้รับการรับรองแล้วจากบุคคล 2 คนคือ

<u>ผู้รับรองคนที่ 1</u>

- กรุงเทพมหานคร : ประธานกรรมการชุมชน หรือหัวหน้าฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคมประจำสำนักงานเขต
- เมืองพัทยา : ประธานชุมชน หรืออาสาสมัครสาธารณสุขเมืองพัทยา – เทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตาบล : อพม. หรือ อสม.
- บ้านพักเด็กและครอบครัว หรือ สถานสงเคราะห์ของรัฐ : เจ้าหน้าที่บ้านพักเด็กและครอบครัว หรือ เจ้าหน้าที่สถานสงเคราะห์

<u>ผู้รับรองคนที่ 2</u>

- กรุงเทพมหานคร : ผู้อำนวยการเขต หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย
- เมืองพัทยา : ปลัดเมืองพัทยา หรือรองปลัดเมืองพัทยาที่ได้รับมอบหมาย
- เทศบาล หรือ องค์การบริหารส่วนตำบล : ปลัดเทศบาล หรือปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล หรือผู้ที่ปลัด มอบหมายหรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน
- บ้านพักเด็กและครอบครัว หรือ สถานสงเคราะห์ของรัฐ : หัวหน้าบ้านพักเด็กและครอบครัว หรือ ผู้ปกครองสถานสงเคราะห์

3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของแม่เด็ก หรือพ่อของเด็ก หรือผู้ปกครองของเด็กแล้วแต่กรณี
4. สำเนาเอกสารการฝากครรภ์ หรือสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
5. สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด (นำมายื่นหลังคลอด)
6. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย ธนาคารออมสิน หรือธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (กรณีต้องการรับเงินผ่านบัญชี)
7. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
8. สำเนาบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ (ถ้ามี)

จะได้รับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิดเท่าไร

ผู้ที่ลงทะเบียนในโครงการนี้ จะได้รับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด จำนวน 600 บาทต่อเดือน นับตั้งแต่เดือนที่เด็ก เกิดจนถึงอายุ 3 ขวบ โดยสามารถรับเงินด้วยตนเองได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) หรือ กรมกิจการเด็กและเยาวชน (ดย.) หรือรับผ่านบัญชีธนาคารที่ลงทะเบียนไว้

วิธีตรวจสอบผลการลงทะเบียนเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด

หลังจากยื่นเอกสารขอลงทะเบียนแล้ว จะมีการประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์รับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด ณ สำนักงานเขต หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่เราเคยลงทะเบียนไว้ โดยจะติดประกาศเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 15 วัน ส่วนผู้ที่ไม่ผ่านการพิจารณานั้น ทางจุดลงทะเบียนจะมีการแจ้งผลให้รับทราบต่อไป

โดยผู้มีสิทธิ์จะได้รับเงินภายในวันที่ 10 ของแต่ละเดือน ซึ่งหากยังไม่ได้รับเงินภายในช่วงเวลาที่กำหนด สามารถแจ้งร้องเรียนได้ที่สำนักงานเขต หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เคยลงทะเบียนไว้ หรือ โทร. ไปสอบถามที่ ศูนย์ปฏิบัติการโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด 02-306-8697, 02-306-8694 หรือ Call center 081-883-3520, 098-010-9525, 098-883-4195

กรณีตั้งครรภ์ลูกแฝด จะได้รับเงินอุดหนุนเท่าไร

หากคุณแม่ตั้งครรภ์แล้วปรากฏว่าคลอดออกมาเป็นลูกแฝด จะได้รับเงินอุดหนุนตามจำนวนเด็กที่เกิดมาเลย คือ ถ้าคลอดบุตร 2 คน ก็จะได้รับเงินอุดหนุน 1,200 บาทต่อเดือน หรือ 3 คน ก็จะได้ 1,800 บาทต่อเดือน



กรณีแม่คนเดิมมีบุตรเพิ่ม ต้องลงทะเบียนใหม่หรือไม่

กรณีที่แม่คนเดิมมีบุตรเพิ่ม แล้วต้องการได้รับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิดเพิ่มเติม จะต้องไปดำเนินการ ลงทะเบียนใหม่ทุกครั้งที่มีบุตร โดยทำเหมือนการลงทะเบียนครั้งแรกตามปกติ

กรณีพ่อแม่มีสิทธิ์ประกันสังคมยังได้รับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิดไหม

ปัจจุบันรัฐบาล ได้ขยายสิทธิ์ให้ผู้ที่อยู่ในระบบประกันสังคมที่ได้รับเงินสงเคราะห์บุตร สามารถรับเงินอุดหนุน เด็กแรกเกิด ในปี 2561 ได้แล้ว หากมีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนดและเป็นครอบครัวที่มีฐานะยากจนจริง จากเดิมที่ให้สิทธิ์ดูแลเพียงกลุ่มที่อยู่นอกประกันสังคมเท่านั้น

มีบัตรคนจน ไปลงทะเบียนรับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิดได้ไหม

สำหรับผู้มีรายได้น้อยที่ถือบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ หรือ บัตรคนจน ยังคงมีสิทธิ์ไปลงทะเบียนรับเงินอุดหนุนเด็ก แรกเกิดได้ตามปกติ หากมีรายได้ไม่เกิน 36,000 บาทต่อปี โดยผู้ถือบัตรคนจน ไม่จำเป็นต้องแสดงข้อมูลตามแบบ รับรองสถานะครัวเรือน (ดร.02) เพราะมีฐานข้อมูลรายได้ในบัตรคนจนแล้ว

ผู้เลี้ยงดูเด็กที่ไม่ใช่แม่ ขอรับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิดได้ไหม

กรณีที่ผู้เลี้ยงดูเด็กไม่ใช่แม่ แต่เป็นคนอื่น เช่น พ่อ ปู่ ย่า ตา ยาย สามารถสมัครเพื่อรับเงินได้ โดยต้องให้แม่ ของเด็กเป็นผู้แจ้งความประสงค์ในแบบ ดร. 01 เพื่อโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารให้ผู้เลี้ยงดูเด็ก หรือมอบอำนาจให้ผู้เลี้ยง ดูเด็กเป็นผู้รับเงินแทนได้

แต่ถ้ากรณีที่เด็กอยู่ในความดูแลของบ้านพักและครอบครัว หรือสถานสงเคราะห์ของรัฐ จะไม่ได้รับเงิน อุดหนุนดังกล่าว เนื่องจากถือว่าได้รับการดูแลจากภาครัฐแล้ว

สำหรับคุณพ่อคุณแม่คนไหนที่รู้ตัวว่ามีสิทธิ์รับเงินช่วยเหลือส่วนนี้ ก็อย่าลืมไปลงทะเบียนรับเงินอุดหนุน เด็กแรกเกิด ปี 2565 กัน โดยสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคล โทร.032-818589 หรือศูนย์ปฏิบัติการโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด หรือ 02-3068694, 02-3068697 หรือ Call center 081-883-3520



แบบ ดร.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.....

<u>ข้อมูลมารดา</u>

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).....

<u>ข้อมูลบิดา</u>

❑ 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 ประเภทบัญชีเงินฝากเผื่อเรียก

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ได้ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ยินยอมให้นำข้อมูลในบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อตรวจสอบสถานะบุคคลในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร 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)

❑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง

❑ สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด

❑ สำเนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (เฉพาะหน้าที่ปรากฏชื่อหญิงตั้งครรภ์)
ในกรณีที่สมุดสูญหายให้ใช้สำเนาหน้า 1 ประวัติหญิงตั้งครรภ์พร้อมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูล และรับรองสำเนา

❑ สำเนาหน้าแรกของสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
(ธนาคารกรุงไทย ธนาคารออมสิน ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร)

❑ หนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท หรือผู้มีรายได้ประจำ) จำนวน.....ใบ

❑ สำเนาเอกสาร หรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรองคนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน

(.....)

แบบ ดร.02



แบบรับรองสถานะของครัวเรือน
ตารางแสดงจำนวนสมาชิกและรายได้ของครัวเรือน

ส่วนที่ 1 : ผู้ลงทะเบียน

ข้อมูลสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่จริงของผู้ลงทะเบียน

(กรณีต่างด้าวที่มีบัตรประจำตัวซึ่งไม่มีสัญชาติไทย) สามารถกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มได้

ลำดับที่	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อ นามสกุล	อายุ	ความสัมพันธ์กับเด็ก	อาชีพ	รายได้/เดือน	บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ	
							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) รายได้เฉลี่ยคำนวณจากรายได้รวมของครัวเรือน หารด้วยจำนวนสมาชิกทั้งหมดของที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้น โดยนับรวมรายได้ในรอบปีของสมาชิกทุกคนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้นติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 180 วันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยให้นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย ซึ่งสมาชิกของครัวเรือนมีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติโดยสายโลหิต หรืออยู่กินด้วยกันฉันสามีภริยา 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 เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 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 ผู้ลงทะเบียนอาศัยอยู่ในพื้นที่ของข้าพเจ้า เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น

❍ ไม่รับรอง เนื่องจาก.....
.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 2
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 2 : ประธานอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำตำบล ประธานชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการสถานบริการสาธารณสุขในระดับตำบล ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่นที่ดำรงตำแหน่งในระดับปฏิบัติการขึ้นไปหรือเทียบเท่า **ที่ปฏิบัติหน้าที่ในท้องที่หรือท้องถิ่นแห่งนั้น (ต้องมิใช่ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน)**

ส่วนที่ 3 : การปิดประกาศ (สำหรับหน่วยงานรับลงทะเบียน)

เด็กหญิง/เด็กชาย/นาย/นางสาว.....
เป็นผู้ปกครองที่<u>มีสิทธิ</u>รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ที่ได้ปิดประกาศ 15 วันแล้ว
ตามประกาศ (ชื่อ อปท.)..... ลงวันที่.....ลำดับที่.....

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

แบบ ดร.03



แบบคำร้องขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
(กรณีไม่มีผู้รับรองสถานะของครัวเรือน)

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

เรียน อธิบดีกรมกิจการเด็กและเยาวชน/พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด.....

ข้าพเจ้า ❍เด็กชาย ❍เด็กหญิง ❍ นาย ❍นาง ❍นางสาว .....
เลขประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....อาคาร/ตึก.....ชั้น.....เลขที่ห้อง.....หมู่บ้าน.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์ ☐☐☐☐☐
โทรศัพท์บ้าน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐ โทรศัพท์มือถือ ☐☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐

ที่อยู่ปัจจุบัน ❑ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....อาคาร/ตึก.....ชั้น.....เลขที่ห้อง.....หมู่บ้าน.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์ ☐☐☐☐☐
โทรศัพท์บ้าน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐ โทรศัพท์มือถือ ☐☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐

มีความประสงค์ยื่นคำร้องเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด แต่ไม่มีผู้รับรองคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ของระเบียบกรมกิจการเด็กและเยาวชน ว่าด้วยการจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด พ.ศ. 2562 จึงขอให้อธิบดีกรมกิจการเด็กและเยาวชน/พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ตรวจสอบคุณสมบัติและพิจารณารับรองสถานะของครัวเรือนของข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)
วันที่.....

แบบ ดร.05



แบบคำร้องขอคัดค้าน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอคัดค้านรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

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

ข้าพเจ้า..... เลขประจำตัวประชาชน.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....อายุ ..... ปี สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
ประกอบอาชีพ.....หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....ขอยื่นคำร้องขอคัดค้าน
โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ข้าพเจ้าในฐานะเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ขอคัดค้าน เด็กชาย/เด็กหญิง/นาย/นาง/นางสาว.....
.....ซึ่งเป็นผู้ปกครองที่มีสิทธิได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
ของ ด.ช./ด.ญ. .....
ตามประกาศ (ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ฉบับลงวันที่.....ลำดับที่.....
เนื่องจาก.....
.....
.....
.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำร้องขอคัดค้าน

(.....)

แบบ ดร.06



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/พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด.....
พร้อมนี้ได้แนบ แบบ ดร.01 และ แบบ ดร.02 มาเรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....
(.....)
ผอ.สำนักงานเขต/นายก อบต./นายกเทศมนตรีเทศบาล/นายกเมืองพัทยา.....
วันที่.....

ส่วนที่ 3 การพิจารณาข้อเท็จจริง

ได้พิจารณาข้อเท็จจริงตามเหตุผลที่ระบุแล้ว พบว่า

☐ ผู้ยื่นคำร้องเป็นผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนได้ตามคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิฯ

☐ ผู้ยื่นคำร้องเป็น**ผู้ไม่มีสิทธิ**รับเงินอุดหนุนได้ตามคำร้องขอเปลี่ยนแปลงสิทธิฯ

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
(.....)
อธิบดีกรมกิจการเด็กและเยาวชน/พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด.....
วันที่.....

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

ส่วนที่ 5
คู่มือการปฏิบัติงาน
การให้บริการสวัสดิการด้านคำขอมีบัตร
ประจำตัวคนพิการ

ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ

1. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินัจฉัยและออกเอกสารรับรองความพิการ
2. ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (ศาลากลางจังหวัด ชั้น 1) หรือ องค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคล โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

   2.1 เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยแพทย์เฉพาะทาง (ตัวจริง)

   2.2รูปถ่ายคนพิการ ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป

   2.3สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ

   2.4สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ

   2.5ถ้าคนพิการมีผู้ดูและ ให้นำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูและคนพิการ จำนวนอย่างละ 1 ฉบับ
3. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูและคนพิการมาติดต่อขอทำบัตรประจำตัวคนพิการ ให้นำหลักฐาน ตามข้อ 2.4-2.5 มาด้วย

การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

การดำเนินการต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ สามารถต่อได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (ศาลากลางจังหวัด ชั้น 1) หรือที่ องค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคล โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

1. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม
2. รูปถ่าย ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้พิการอย่างละ จำนวน 1 ฉบับ
4. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการ (กรณีมีผู้ดูแล) ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านผู้ดูแลผู้พิการอย่างละ 1 ฉบับ
5. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช้คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการให้นำหนักฐานตามข้อ 3-4 มาด้วย

การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ

การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ สามารถติดต่อได้ที่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (ศาลากลางจังหวัด ชั้น 1) หรือที่องค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคล โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

1. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้ดูและคนพิการอย่างละ จำนวน 1 ฉบับ
3. หลักฐานผู้ดูและคนพิการคนเดิม ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ 1 ฉบับ
4. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านอย่างละ 1 ฉบับ
5. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ
6. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้รับรอง จำนวน 1 ฉบับ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ส.อบต. หรือข้าราชการ ระดับ 3 ขึ้นไป)

แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปถ่าย
คนพิการ

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

○ ขอมีบัตรครั้งแรก
○ ขอมีบัตรเนื่องจาก ☐ บัตรเดิมหมดอายุ ☐ ชำรุด
☐ สูญหาย ☐ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ
☐ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

๑.๑ คำนำหน้านาม ○ เด็กชาย ○ เด็กหญิง ○ นาย ○ นาง ○ นางสาว ○ อื่น ๆ(ระบุ) .....
๑.๒ ชื่อ..... นามสกุล.....
๑.๓ เกิดเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. .....
๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน ..... - .... - .... - .... - .....
๑.๕ ศาสนา ○ พุทธ ○ คริสต์ ○ อิสลาม ○ อื่น ๆ (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..... e-mail.....
๑.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
หมู่บ้าน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
มือถือ.....โทรสาร..... e-mail.....
๑.๙ การศึกษา
○ ไม่ได้เรียน
จบการศึกษาชั้นสูงสุด
☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย
☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)
☐ อนุปริญญา ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
☐ ปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
☐ สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
☐ อื่น ๆ (ระบุ) .....
๑.๑๐ อาชีพ
○ ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....
ประกอบอาชีพ
☐ เกษตรกรรม ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ ลูกจ้างเอกชน
☐ รับจ้างทั่วไป ☐ ธุรกิจส่วนตัว ☐ อาชีพอื่น ๆ (ระบุ).....
๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ.....บาท/เดือน
๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว).....บาท
๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี) .....คน

๑.๑๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

☐ ทางการเห็น ☐ ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
☐ ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ ทางสติปัญญา ☐ ทางการเรียนรู้ ☐ ทางออทิสติก

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ○ ไม่มี ○ มี (กรอกข้อมูลข้อ ๓.๒)

๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(๑) คำนำหน้านาม ○ เด็กชาย ○ เด็กหญิง ○ นาย ○ นาง ○ นางสาว ○ อื่นๆ(ระบุ) .....

(๒) ชื่อ..... นามสกุล.....

(๓) เลขประจำตัวประชาชน ..... - .... - .... - .... - .....

เลขหนังสือเดินทาง ..... (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)

(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ○ บิดามารดา ○ บุตร ○ สามีหรือภรรยา ○ พี่น้อง
○ ปู่ย่าตายาย ○ ลุงป้าน้าอา ○ บุคคลอื่น (ระบุ).....

(๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
หมู่บ้าน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
มือถือ.....โทรสาร.....e-mail.....

(๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล.....บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ○ ยินยอม ○ ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....
(.....) (.....)
คนพิการ ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน
เลขประจำตัวประชาชน .... - .... - .... - .... - .....

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน ○ เห็นควร ○ ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

○ **อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ**

○ **ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์**

○ **ความเห็นอื่น ๆ** .....

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

ส่วนที่ 6
คู่มือการปฏิบัติงาน
การให้บริการสวัสดิการด้านคำขอการลงทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

1. มีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. มีสัญชาติไทย
3. ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวที่ยากจนตามข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) กรมการพัฒนาชุมชนกระทรวงมหาดไทย หรือกรุงเทพมหานคร หรือเมืองพัทยา
4. ไม่มีญาติ หรือมีญาติแต่มีฐานะยากจนไม่สามารถจัดการศพตามประเพณีได้

ผู้สูงอายุยากจนและไม่ได้รับการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) กรมการพัฒนาชุมชนกระทรวงมหาดไทย หรือกรุงเทพมหานคร หรือเมืองพัทยา ให้นายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือประธานชุมชนหรือผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือนายกเมืองพัทยา เป็นผู้ออกหนังสือรับรอง

ผู้ยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณีต้องยื่นแบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุ ตามประเพณี (แบบ สทส.01/1) และแบบรับรองการเป็นผู้จัดการศพผู้สูงอายุของผู้ยื่นขอรับค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณีของผู้สูงอายุ (แบบ สทส.02/1) และแบบรับรองการจัดการศพผู้สูงอายุ กรณีอยู่ในครัวเรือนจากจนตามเกณฑ์ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) และไม่ได้รับการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ในปีที่ตาย (แบบ สทส.02/2) ฉบับจริง พร้อมเอกสารประกอบ ภายใน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ออกใบมรณบัตรโดยต้องยื่นเรื่องต่อสำนักงานท้องที่ที่ผู้สูงอายุมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านหรือภูมิลำเนาที่ถึงแก่ความตาย ในขณะถึงแก่ความตาย

หมายเหตุ

1. ขั้นตอนการดำเนินงานคามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว
2. กรณีคำขอหรือเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วนหรือมีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นเหตุไม่ให้สามารถพิจารณาได้เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือเอกสารหลักฐานที่ยื่นเพิ่มเติมโดยผู้อื่นคำขอจะต้องดำเนินการแก้ไขและหรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึกดังกล่าว มิเช่นนั้นจะถือว่าผู้ยื่นคำขอละทิ้งคำขอ

โดยเจ้าหน้าที่และผู้ยื่นคำขอหรือผู้ได้รับมอบอำนาจจะลงนามบันทึกดังกล่าว และจะมอบสำเนาบัตรความบกพร่องดังกล่าวให้ผู้ยื่นคำขอหรือผู้ได้รับมอบอำนาจไว้เป็นหลักฐาน

3. เจ้าหน้าที่จะแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ยื่นคำขอรับทราบภายใน 7 วัน นับแต่วันที่พิจารณาแล้วเสร็จตามมาตรา 10 แห่ง พ.ร.บ. การอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ

ขั้นตอน

1. การตรวจสอบเอกสารยื่นแบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณีและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร
2. การพิจารณาตรวจสอบคุณสมบัติของผู้สูงอายุทั้งหมดพร้อมแจ้งผลการพิจารณา

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
2. ใบมรณบัตรของผู้สูงอายุ จำนวน 1 ฉบับ
3. แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี (แบบ สทส.01/1) จำนวน 1 ฉบับ
4. แบบรับรองการเป็นผู้จัดการศพผู้สูงอายุของผู้อื่นขอรับค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณีของผู้สูงอายุ (แบบ สทส.02/1) ฉบับจริง จำนวน 1 ฉบับ
5. แบบรับรองการจัดการศพผู้สูงอายุกรณีอยู่ในครัวเรือนยากจนตามเกณฑ์ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) และไม่ได้รับการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ในปีที่ตาย (แบบ สทส.02/2)) ฉบับจริง จำนวน 1 ฉบับ

หมายเหตุ

1. ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวที่ยากจนตามข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.)
   - ให้ใช้แบบรับรองการเป็นผู้จัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณีของผู้สูงอายุ (แบบ สทส.02/1)
2. ผู้สูงอายุยากจนและไม่ได้รับการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.)
   - ให้ใช้แบบรับรองการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณีของผู้สูงอายุ (แบบ สทส.02/1) และแบบรับรองการจัดการศพผู้สูงอายุ กรณีอยู่ในครัวเรือนยากจนตามเกณฑ์ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) และไม่ได้รับการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ในปีที่ตาย (แบบ สทส.02/2)



แบบ ศผส..01

แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

เขียนที่.....

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 1 :สำหรับผู้ยื่นขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน .....

ออกให้โดย..... วันออกบัตร..... วันหมดอายุ..... อาชีพ .....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์มือถือ.....

มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ถึงตายในฐานะเป็น..... และเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุ โดยได้รับความยินยอมจากบิดา/มารดา/บุตร/พี่น้อง/เครือญาติ/ของผู้สูงอายุที่ตายให้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุที่ตาย

ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ ..... ปี เลขประจำตัวประชาชน .....

ออกให้โดย..... วันออกบัตร..... วันหมดอายุ.....

โดยอาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน ..... ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

ถึงแก่กรรมด้วยสาเหตุ.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ได้ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าไม่เคยได้รับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุรายนี้มาก่อน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและข้อมูลในบัตรประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้แก่หน่วยงานของรัฐและยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถามและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาจัดสรรสวัสดิการและหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินตามกฎหมายของรัฐ และหรือนำเพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้ถือว่าคู่ฉบับและบรรดาสำเนา ภาพถ่าย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสารที่ทำขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้าเช่นเดียวกัน

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่...../...../.....

<u>ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้ให้การรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี</u>

เขียนที่.....

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....ตำแหน่ง.....

สังกัดหน่วยงาน..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

ออกให้โดย..... วันออกบัตร..... วันหมดอายุ.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

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

ขอรับรองว่าผู้ยื่นคำขอเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุรายนี้จริง

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....



แบบ ศผส.02

แบบรับรองการมีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

แต่ยังไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียนบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน ..... ออกให้โดย.....

วันออกบัตร..... วันหมดอายุ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....

ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้สูงอายุที่ตายชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ แต่ยังไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียนบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและข้อมูลในบัตรประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้แก่หน่วยงานของรัฐและยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถามและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาจัดสรรสวัสดิการและหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินตามกฎหมายของรัฐ และหรือเพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้ถือว่าเป็นคู่ฉบับและบรรดาสำเนาภาพถ่ายข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสารที่ทำขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้าเช่นเดียวกัน

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน เป็นผู้ให้การรับรองผู้สูงอายุที่ตาย**โดยผู้ยื่นคำขอและผู้รับรอง ต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน**

เลขที่.....

แบบแจ้งข้อมูลการขอรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เรียน .....

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....

เลขประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

สำนัก/กอง/ศูนย์.....สังกัดกรม.....

กระทรวง.....

อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... .....เบอร์โทรมือถือ.....

ขอรับเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารมาเพื่อเป็นหลักฐานด้วยแล้ว

กรณีเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ ที่สังกัดส่วนราชการผู้จ่าย

☐ เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ใช้สำหรับรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน

☐ บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา..... .....

ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารอื่น ตามที่ (หัวหน้าส่วนราชการผู้เบิก) อนุญาต

☐ บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร..... .....

☐ กรณีเป็นบุคคลภายนอกเพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร..... .....

และเมื่อ.....โอนเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online แล้ว ให้ส่งข้อมูลการโอนเงินผ่านช่องทาง

☐ ข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ (SMS) ที่เบอร์โทรศัพท์.....

☐ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ตาม e-mail address .....

(ลงชื่อ).....ผู้มีสิทธิ์รับเงิน

(.....)

หมายเหตุ : เลขที่ของแบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online ให้ระบุหมายเลขเรียงกำกับเรียงกันไปทุกฉบับ เพื่อประโยชน์ในการจัดทำทะเบียนคุมการโอนเงิน

ส่วนที่ 7
คู่มือการปฏิบัติงาน
การให้บริการสวัสดิการด้านการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของคนพิการ

แนวทางการดำเนินงานการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ

หลักเกณฑ์การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ (งบประมาณไม่เกิน 40,000 บาท)

คนพิการซึ่งจะมีสิทธิในการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. คนพิการที่จดทะเบียน ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556
2. อาศัยอยู่ในที่อยู่อาศัยนั้นติดต่อกันมาแล้วไม่น้อยกว่าหกเดือน ยกเว้นกรณีการย้ายเข้ามาอยู่ใหม่ภายหลังเกิดความพิการ
3. ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคงหรือไม่เหมาะสมกับสภาพความพิการ
4. มีรายได้ไม่พียงพอแก่การยังชีพ
5. ไม่ได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐอื่นหรือได้รับแต่ไม่เพียงพอ

ในกรณีคนพิการไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัยแห่งนั้นต้องมีหลักฐานการให้ความยินยอมจากเจ้าของหรือผู้ได้รับอำนาจจากเจ้าของเพื่อให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อาศัยได้และในกรณีเป็นบ้านเช่าจะมีหลักฐานให้คนพิการอยู่อาศัยได้ไม่น้อยกว่าหกเดือน

ขั้นตอนการดำเนินงาน ประกอบด้วย

1. การเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่และชุมชน

- คณะกรรมการพิจารณาคัดเลือกคนพิการที่มีความประสงค์ต้องการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย
- คณะกรรมการลงพื้นที่ดูสภาพปัญหาและความต้องการของคนพิการและหรือผู้ดูแลคนพิการ
- ดำเนินการตามโครงการฯและรอผลการอนุมัติจากพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

2. ดำเนินการซ่อมแซม

- ควบคุม กำกับการทำงานดำเนินการ ตรวจสอบความเรียบร้อยในการซ่อมแซม

- ถ่ายภาพ 3 ระยะ คือ ก่อนซ่อมแซม ระหว่างซ่อมแซม และเมื่อดำเนินการเสร็จ

- จัดทำป้ายและดำเนินการส่งมอบผลงานในนามกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ให้ปก่ผู้สูงอายุเป้าหมาย

3. รายงานผลการดำเนินการ

4.1 พมจ./องค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคล ติดตามการดำเนินงาน โดยลงพื้นที่ในระหว่าง การปรับปรุงบ้านพักอาศัย

4.2 องค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคล สรุปรายงานการดำเนินงานพร้อมภาพถ่ายและบันทึกลงในแผ่น CD หลังดำเนินงานแล้วเสร็จ ส่งให้พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เพื่อรวบรวม และจำทำเป็นรายงานการปรับปรุงบ้านพักอาศัยคนพิการต่อไป

เอกสารหลักฐานประกอบ

1. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
3. สำเนาทะเบียนบ้านคนพิการ จำนวน 1 ฉบับ
4. สำเนาหลักฐานที่ดิน จำนวน 1 ฉบับ
5. กรณีที่อยู่อาศัยไม่ได้เป็นคนพิการจะต้องใช้เอกสารสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของบ้านหรือเจ้าของที่ดิน อย่างละ 1 ฉบับ

คำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ

๑.ชื่อ ❍นาย ❍นาง ❍นางสาว.....นามสกุล.....

เลขที่บัตรประจำตัวคนพิการ ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐ ประเภทความพิการ.....

อายุ.....ปี อาชีพ.....

รายได้.....บาท/เดือน/ปี

๒.ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....อีเมล์.....

๓.สมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย

ที่	ชื่อ-นามสกุล	อายุ	อาชีพ	การศึกษา	สุขภาพ	รายได้(บ/ด)	หมายเหตุ

๔.ลักษณะที่อยู่อาศัย

❍ของตนเอง ❍อาศัยผู้อื่นอยู่ ระบุ.....

สภาพที่อยู่อาศัยและความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง

❍พื้นบ้าน / หลังคา / บันได

❍ฝาบ้าน / ห้องนอน / ประตู /หน้าต่าง / ระบบไฟฟ้า (สวิตซ์ไฟฟ้า /ปลั๊กไฟ / สายไฟ)

❍ห้องน้ำ / ห้องสุขา

❍ระเบียง / ชานบ้าน

❍อื่นๆ (ระบุ) .....

.....

๕.ลักษณะการครอบครองที่ดิน ❍ที่ดินของตนเอง ❍ที่ดินเช่าจาก (ระบุ).....

❍อื่น(ระบุ).....

๖.ความคิดเห็นเจ้าหน้าที่

❍เห็นควรให้ความช่วยเหลือ.....

❍เห็นควรให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เนื่องจาก.....

ลงชื่อผู้สอบข้อเท็จจริง.....

( )

ตำแหน่ง.....

...../...../.....

แบบรายงานการสอบสภาพครอบครัวคนพิการที่สมควรได้รับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย
จังหวัด.....

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.ชื่อ-สกุล.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

๒.เพศ ☐ชาย ☐หญิง

๓.อายุ (เต็ม) .....ปี

๔.สถานภาพ ☐โสด ☐สมรส ☐หม้าย ☐หย่า ☐แยกกันอยู่

๕.คู่สมรส เป็นคนพิการหรือไม่
☐ไม่เป็น ☐มีบุตร จำนวน.....คน เป็นชาย.....คน หญิง.....คน

๖.จำนวนบุตร
☐ไม่มี ☐มีบุตร จำนวน.....คน เป็นชาย.....คน หญิง.....คน

๗.สมาชิกในครอบครัวที่พักอาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบัน (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)
☐อยู่คนเดียว ☐คู่สมรส ☐ลูก/หลาน ☐ญาติ
☐เพื่อน ☐ผู้ดูแล ☐อื่นๆ.....
รวมทั้งสิ้น.....คน

๘.ประเภทของความพิการ
☐ความพิการทางการเห็น
☐ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
☐ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
☐ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
☐ความพิการทางสติปัญญา
☐ความพิการาทางการเรียนรู้
☐ออทิสติก

๙.มีลักษณะความพิการอื่นๆ หรือไม่
☐ ไม่มี ☐มี โปรดระบุ.....

๑๐.ท่านเป็นสมาชิกองค์การคนพิการหรือไม่
☐ไม่เป็น ☐เป็น โปรดระบุชื่อองค์กร.....

๑๑.ท่านมีเอกสารสำคัญต่อไปนี้หรือไม่
๑๑.๑ ชื่อในทะเบียนบ้าน ☐ไม่มี
๑๑.๒ บัตรประชาชน ☐ไม่มี
☐ มี ระบุเลขรหัสประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐
๑๑.๓ สมุดหรือประจำตัวคนพิการ ☐ไม่มี

๑๒.ลักษณะสุขภาพโดยรวม
☐แข็งแรงมาก ช่วยเหลือตัวเองได้
☐ไม่ค่อยแข็งแรง ต้องการการดูแลบ้าง
☐ไม่แข็งแรง ต้องการการดูแลเป็นส่วนใหญ่
☐อ่อนแอ ต้องการการดูแลตลอดเวลา

๑๓.โรคประจำตัว
☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ.....

๑๔.การนับถือศาสนา ☐ พุทธ ☐คริสต์ ☐อิสลาม ☐อื่นๆ (ระบุ).....

๑๕.ระดับการศึกษาสูงสุด ☐กำลังศึกษาอยู่ในระดับ โปรดระบุ.....
☐ประถมศึกษา (ระบุ).....
☐มัธยมศึกษา (ระบุ).....
☐อุดมศึกษา (ระบุ).....
☐ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)
☐ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)
☐ไม่ได้เรียน
☐อ่านและเขียนหนังสือได้ ☐อ่านได้ แต่เขียนหนังสือไม่ได้
☐อ่านและเขียนหนังสือไม่ได้

๑๖.ปัจจุบัน ท่านประกอบอาชีพหรือไม่
☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ประกอบอาชีพ

๑๗.กรณี ประกอบอาชีพท่านประกอบอาชีพใด (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)
☐ขายสลากกินแบ่งรับบาล ☐นวดแผนโบราณ ☐พยากรณ์ชะตาชีวิต
☐เล่นดนตรี ☐พนักงานสลับสายโทรศัพท์ ☐เกตรกรรม
☐หัตถกรรม ☐ครู/อาจารย์ ☐ข้าราชการหรือลูกจ้างหน่วยราชการ
☐รับจ้าง ☐พนักงานหรือลูกจ้างหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ
☐พนักงานหรือลูกจ้างบริษัทห้างร้านหรือองค์กร เอกชน ☐เกษียณ อายุแล้ว
☐อื่นๆ โปรดระบุ.....

๑๘.รายได้ต่อเดือน ☐ไม่มีรายได้ ☐เบี้ยยังชีพคนพิการเดือนละ.....บาท
(เลือกได้มากกว่า ๑ รายการ) ☐เงินบำนาญ เดือนละ.....บาท ☐งานอดิเรกเดือนละ.....บาท
☐ลูก/หลาน/บิดา/มารดา/ญาติให้เดือนละ.....บาท
☐คู่สมรสเดือนละ.....บาท

๑๙.รายจ่ายต่อเดือน (เลือกได้มากกว่า ๑ รายการ)
☐ไม่มีรายจ่าย ☐ค่าใช่จ่ายด้านสุขภาพ เดือนละ.....บาท
☐ค่าใช้จ่ายสำหรับที่อยู่อาศัยเดือนละ.....บาท ☐ค่าใช้จ่ายทั่วไปและอาหารเดือนละ.....บาท
☐ค่าใช้จ่ายในการทำบุญ เดือนละ.....บาท ☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เดือนละ.....บาท

๒๐.ผู้ดูแล (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)
☐คู่สมรส ☐บุตร/หลาน ☐ญาติพี่น้อง ☐ว่าจ้างผู้ดูแล
☐เพื่อน/เพื่อนบ้าน ☐อปพร. ☐อื่นๆ.....

๒๑.ท่านต้องใช้อุปกรณ์ช่วย หรือไม่
☐ไม่ใช้
☐ใช้อุปกรณ์ คือ
☐ไม้เท้าขาว ☐แขน ขาเทียม ☐รถเข็น ☐รถสามล้อโยก
☐walker ☐สเลต (อุปกรณ์ในการเขียนอักษรเบรลล์) ☐เครื่องช่วยฟัง
☐หมุดไม้ (สำหรับสัมผัสจุดซึ่งเป็นลักษณะของอักเบรลล์) ☐อื่นๆ (ระบุ).....

ตอนที่ ๒ ข้อมูลการอยู่อาศัย

๒๒.ลักษณะของที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน
☐บ้านเดี่ยว ☐บ้านไม้ยกพื้น ☐บ้านสองชั้น/ครึ่งตึกครึ่งไม้
☐ทาวน์เฮ้าส์ ☐ตึกแถว ☐ห้องแถว
☐บ้านแฝด (พื้นที่..... ตารางวา) ☐อพาร์ทเม้นท์ ☐อื่นๆ.....

๒๓.ท่านอยู่อาศัย ณ ที่อยู่ปัจจุบันมาเป็นระยะเวลา.....ปี

๒๔.ลักษณะการครอบครองที่อยู่อาศัย

☐เป็นเจ้าของกรรมสิทธิ์เอง ☐เช่าระยะยาว (เช้ง).....ปี

☐เช่ารายเดือน เดือนละ.....บาท โดยมีผู้ที่เสียค่าเช่าคือ

☐ท่านจ่ายเอง ☐คู่สมรส ☐บุตร/หลาน ☐บิดา/มารดา

☐ญาติ ☐นายจ้าง ☐อื่นๆ (ระบุ).....

☐ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับคู่สมรส ☐ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับลูก/หลาน

☐ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับบิดา/มารดา ☐ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับผู้ดูแล

☐ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับนายจ้าง ☐เป็นที่สาธารณะ

๒๕.การอยู่บ้านของท่านในช่วงเวลากลางวัน ๘.๐๐-๑๖.๐๐ น. ในวันธรรมดา (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

☐อยู่คนเดียว ☐อยู่กับคู่สมรส ☐อยู่กับบิดา/มารดา

☐อยู่กับลูก/หลาน จำนวน.....คน ☐อยู่กับญาติ จำนวน..... คน

☐อยู่กับผู้ดูแล จำนวน.....คน ☐อยู่กับนายจ้าง จำนวน.....คน

๒๖.การอยู่บ้านของท่านในช่วงเวลากลางวัน ๘.๐๐-๑๖.๐๐ น. ในวันหยุด (เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

☐อยู่คนเดียว ☐อยู่กับคู่สมรส ☐อยู่กับบิดา/มารดา

☐อยู่กับลูก/หลาน จำนวน.....คน ☐อยู่กับญาติ จำนวน.....คน

☐อยู่กับผู้ดูแล จำนวน.....คน ☐อยู่กับนายจ้าง จำนวน.....คน

ตอนที่ ๓ ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

๒๗.กรณีที่ท่านมีบ้าน ๒ ชั้น หรือบ้านไม้ยกพื้น ท่านได้ใช้พื้นที่ใต้ถุนบ้านหรือไม่

☐ไม่ใช้

☐ใช้ (กิจกรรมที่ทำโปรดเลือกตอบในข้อ ๒๙)

๒๘.กรณีที่ท่านมีบ้าน ๒ ชั้น หรือบ้านไม้ยกพื้น ท่านได้ใช้บันไดในการขึ้น-ลงหรือไม่

☐ไม่ใช้

☐ใช้บันไดในการขึ้น – ลง โดยมีความถี่

☐นานๆครั้ง (เดือนละ๑-๒ ครั้ง) ☐๑-๒ ครั้ง/สัปดาห์ ☐๓ - ๔ ครั้ง/สัปดาห์

☐๑-๒ ครั้ง/วัน ☐๓ – ๔ ครั้ง/วัน ☐มากกว่า ๔ ครั้ง/วัน

๒๙.ภายในบ้านพักอาศัยของท่าน ท่านทำกิจกรรมใดบ้าง และมีความถี่ของกิจกรรมในระดับใด

กิจกรรม	ความถี่(ครั้ง/สัปดาห์)			ทุกวัน	ระบุสถานที่	ระบุกิจกรรม
	๑ - ๒	๓ - ๔	๕ - ๖			
กิจกรรมการทำงาน/อื่นๆ ☐ ๑.ทำงาน						
☐ ๒.ประกอบอาหาร						
☐ ๓.ดูแลหลาน						
☐ ๔.ดูโทรทัศน์/วีดีโอ/ดีวีดี						
☐ ๕.ฟังวิทยุ/ฟังเพลง/ฟังข่าว						
☐ ๖.นอนกลางวัน						
☐ ๗.นั่งพักผ่อน-ชมวิว						
☐ ๘.อ่านหนังสือ						
☐ ๙.ทำงานบ้าน						ซักผ้า ทำความสะอาดบ้าน
☐ ๑๐.ออกกำลังกาย						
☐ ๑๑.งานอดิเรก						
กิจกรรมเยี่ยมเยือน/รับแขก ☐ ๑.เพื่อนบ้านมาเยี่ยม						☐ไม่มี/ไม่ต้องรับแขกในบ้าน
☐ ๒.ลูก/หลาน/ญาติ มาเยี่ยม						☐ไม่มี/ไม่ต้องรับแขกในบ้าน
☐ ๓.อสม. พยาบาล มาเยี่ยม						☐ไม่มี/ไม่ต้องรับแขกในบ้าน

๓๐.ภายนอกตัวบ้าน (แต่ยังอยู่ในบริเวณที่ดินที่ครอบครอง) ของท่าน ท่านทำกิจกรรมใดบ้าง และมีความถี่ของกิจกรรมในระดับใด

กิจกรรม	ความถี่(ครั้ง/สัปดาห์)			ทุกวัน	ระบุสถานที่	ระบุกิจกรรม
	๑ - ๒	๓ - ๔	๕ - ๖			
กิจกรรมการทำงาน/อื่นๆ ☐ ๑.ทำงาน						
☐ ๒.นั่งพักผ่อน-ชมวิว						
☐ ๓.อ่านหนังสือ						
☐ ๔.พูดคุยกับเพื่อนบ้าน						
☐ ๕.ทำงานบ้าน						ซักผ้า ทำความสะอาดบ้าน
☐ ๖.ออกกำลังกาย						
☐ ๗.อื่นๆ.....						

๓๑.มีกิจกรรมที่ท่านต้องพึ่งพาเพื่อนบ้านหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี โปรดระบุกิจกรรม

☐ ซื้ออาหาร/สิ่งของ ☐ ชำระค่าเช่า/ค่าสาธารณูปโภค เช่น ค่าน้ำ ค่าไฟ

☐ พาไปหาหมอ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

๓๒.การดูแลร่างกายของท่าน (เลือกตอบได้หลายข้อ)

☐ การบ้วนปาก วันละ.....ครั้ง ☐ การแปรงฟัน วันละ.....ครั้ง

☐ การอาบน้ำ วันละ.....ครั้ง ☐ การสระผม สัปดาห์ละ.....ครั้ง

☐ การเปลี่ยนเสื้อผ้า วันละ.....ครั้ง ☐ การตรวจสุขภาพประจำปี ปีละ.....ครั้ง

๓๓.ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านได้รับบาดเจ็บจากสาเหตุต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบไม่มากกว่า ๑ ข้อ)

☐ หกล้ม จำนวน.....ครั้ง/ปี

☐ ตกบันได จำนวน.....ครั้ง/ปี

กรณีที่เคยหกล้ม/หรือตกบันได สาเหตุเกิดจาก

☐สะดุดสิ่งของที่วางเกะกะ ☐พื้นผิวมีลักษณะขรุขระไม่เรียบหรือมีของสูงทำให้สะดุด

☐ลื่นจากพื้นที่เปียก แฉะ ☐บริเวณที่เกิดเหตุมืด /ไม่สว่าง/ไม่มีไฟ

☐แขนขาอ่อนแรงไปเฉยๆ ☐สัตว์เลี้ยง เช่น แมว/สุนัขวิ่งชนหรือขวางทางเดิน

☐หน้ามืด/เวียนศีรษะ/เป็นลม ☐อื่นๆ (ระบุ).....

☐ จากยานพาหนะจำนวน.....ครั้ง/ปี

☐รถยนต์จำนวน.....ครั้ง/ปี ☐จักรยานยนต์จำนวน.....ครั้ง/ปี

☐จักรยานยนต์จำนวน.....ครั้ง/ปี ☐พาหนะอื่นๆ.....จำนวน.....ครั้ง/ปี

☐ กินยาผิดจำนวน.....ครั้ง/ปี

☐ ของมีคมบาดจำนวน.....ครั้ง/ปี

☐ ไม่เคยได้รับบาดเจ็บเลย

๓๔.สถานที่ที่ทำให้ท่านได้รับอุบัติเหตุ/หกล้ม/ตกบันได

☐ไม่เคยได้รับบาดเจ็บเลย

☐ได้รับบาดเจ็บในบ้าน

☐ห้องน้ำ/ห้องอาบน้ำ จำนวน.....ครั้ง ☐ห้องครัว จำนวน.....ครั้ง

☐ห้องนั่งเล่น จำนวน.....ครั้ง ☐ห้องนอน จำนวน.....ครั้ง

☐ชานบ้าน/ระเบียงบ้าน จำนวน.....ครั้ง ☐บันได จำนวน..... ครั้ง

☐ใต้ถุนบ้าน จำนวน.....ครั้ง ☐อื่นๆ (ระบุ).....

☐ได้รับบาดเจ็บภายในนอกบ้าน

☐ทางเดินเข้าบ้าน จำนวน.....ครั้ง ☐โรงจอดรถ จำนวน.....ครั้ง

☐บริเวณสนม ส่วนที่พักผ่อน เช่นสวนปลูกต้นไม้ จำนวน.....ครั้ง

☐สถานที่อื่นๆ ที่ไม่ใช่บ้าน (ระบุเช่น ถนน ลานวัด).....

๓๕.ท่านเลี้ยงสัตว์หรือไม่

☐ไม่เลี้ยง

☐เลี้ยวสัตว์ (ระบุชนิดสัตว์).....เลี้ยงบริเวณ.....

๓๖.ท่านปลูกพืช /ดูแลสวน /ต้นไม้ในบริเวณบ้านหรือที่พักอาศัยของท่านหรือไม่

☐ไม่ทำ

☐ทำ บริเวณ.....

ตอนที่ ๔ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการอยู่อาศัยในปัจจุบัน

๓๗.ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับลักษณะทางเดินภายในบ้าน

☐เหมาะสมแล้ว ☐ควรปรับปรุง (ระบุ).....

๓๘.สภาพปัจจุบันมีการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง การจัดส่วนพื้นที่ใช้สอยใหม่หรือไม่ (สังเกต+สัมภาษณ์)

☐ไม่มี เพราะ.....

☐มี สาเหตุของการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลงคือ

☐ ภาวะทางสุขภาพ (ความพิการ) ☐ต้องการความเป็นส่วนตัว ☐อื่นๆ (ระบุ).....

๓๙.สภาพปัจจุบันมีการต่อเติมชั้นลอย/เพิ่มพื้นที่ใช้สอยหรือไม่ (สังเกต+สัมภาษณ์)

☐มี (ระบุพื้นที่).....มีขนาด.....ตร.ม.

๔๐.วัสดุปูพื้นของพื้นที่ต่อไปนี้

พื้นที่	ไม่มีพื้นที่นี้	วัสดุปูพื้น					
		ปูน(วัสดุเดิม)	ไม้	เสื่อน้ำมัน	กระเบื้อง/โมเสก	กระเบื้องยาง	อื่นๆ (ระบุ)....
๑ ห้องนอน							
๒ ห้องนั่งเล่น							
๓ ห้องครัว							
๔ ชานบ้าน/ระเบียง							
๕ ห้องน้ำ							
๖ โรงจอดรถ							

๔๑.สภาพปัจจุบันมีการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง อุปกรณ์ประกอบอาคารหรือไม่

☐ ไม่มี เพราะ.....

☐ มี อุปกรณ์อาคารที่ปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง คือ (โปรดระบุสาเหตุที่เปลี่ยนด้วย)

- ☐ ประตู.....สาเหตุ.....
- ☐ หน้าต่าง.....สาเหตุ.....
- ☐ อุปกรณ์ในห้องน้ำ.....สาเหตุ.....
- ☐ สวิตช์/ปลั๊ก.....สาเหตุ.....
- ☐ อุปกรณ์พื้นที่ซักล้าง (เช่น ก๊อกน้ำ อ่างล้าง).....สาเหตุ.....

๔๒. ขนาดของบ้านของท่านเป็นอย่างไร

☐ขนาดกว้างใหญ่เกินไป ☐ขนาดพอดี ☐ขนาดคับแคบเกินไป

๔๓.ในบ้านของท่านได้รับแสงสว่างธรรมชาติเพียงพอหรือไม่ อย่างไร

☐แสงสว่างมากเกินไป ☐แสงสว่างพอดี ☐แสงสว่างไม่เพียงพอ

๔๔.ในบ้านของท่านมีการระบายอากาศดีหรือไม่ อย่างไร

☐ระบายอากาศดี ☐ระบายอากาศไม่ดี

๔๕.ในบ้านของท่านมีกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่ อย่างไร

☐ไม่มีกลิ่น

☐มีกลิ่น

☐กลิ่นอับ ☐กลิ่นห้องน้ำ ☐กลิ่นขยะ ☐อื่นๆ (ระบุ).....

๔๖.ในบ้านของท่านมีเสียงรบกวนหรือไม่ อย่างไร

☐ไม่มีเสียงรบกวน

☐มีเสียงรบกวน

☐เสียงเครื่องบิน ☐เสียงเพื่อนบ้าน ☐อื่นๆ(ระบุ).....

๔๗.ในบ้านของท่านมีบันไดขึ้น-ลงสะดวกหรือไม่ อย่างไร

☐ไม่มีบันได

☐มีบันไดขึ้น-ลงไม่สะดวก

☐บันไดมีขนาดเล็ก ☐บันไดแต่ละชั้นมีความสูงมากเกินไป ☐บันไดมีช่องเปิดโล่ง

☐บันไดลาดชัน ☐ไม่มีราวจับบันได ☐อื่นๆ(ระบุ).....

๔๘.พื้นที่ใช้สอยของท่านมีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร

☐มีความเหมาะสม

☐ไม่มีความเหมาะสม ในพื้นที่ (โปรดระบุสาเหตุ)

☐ห้องนอน เพราะ..... ☐ห้องนั่งเล่น เพราะ.....

☐ห้องครัว เพราะ..... ☐ชานบ้าน/ระเบียง เพราะ.....

☐ห้องน้ำ เพราะ..... ☐โรงจอดรถ เพราะ.....

☐ทางเดิน เพราะ..... ☐พื้นที่รอบบ้าน เพราะ.....

☐อื่นๆ (ระบุ).....เพราะ.....

๔๙.พื้นที่ภายนอกบ้านควรมีการปรับปรุงหรือไม่ อย่างไร

☐ไม่ต้องปรับปรุงใดๆ ☐ควรปรับปรุงทางเดินให้มีความสะดวกและสวยงาม

☐เพิ่มหลังคาคลุมกันแดดและฝนตามทางเดิน ☐เพิ่มต้นไม้ที่ให้ร่มเงา

☐เพิ่มไม้ประดับที่ให้ความสวยงาม ☐มีแปลงปลูกต้นไม้/ผักสวนครัว

๕๐.ท่านพบปัญหาในเขตบ้านของท่านหรือไม่ อย่างไร

☐ไม่พบปัญหา

☐พบปัญหา

☐น้ำท่วมขัง ☐ยุง ☐อื่นๆ (ระบุ).....

(ลงชื่อ).....ผู้สอบข้อเท็จจริง

(.....)

วันที่.....

๘

ภาพถ่ายสภาพที่อยู่อาศัยภายในและภายนอกบ้าน

หนังสือให้ความยินยอมในการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เป็น ( ) เจ้าของบ้าน
หรือ ( ) สมาชิกในครอบครัวที่ได้มอบหมายจากเจ้าของบ้านพักอาศัยเลขที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....ซึ่งเกี่ยวพันเป็น ( ) บิดา ( ) มารดา
( ) สามี ( ) ภรรยา ( ) บุตร ( ) หลาน ( ) อื่นๆ (ระบุ).....ของคนพิการ
ชื่อ.....นั้น
ขอทำหนังสือฉบับนี้ไว้เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

๑.ข้าพเจ้าและครอบครัวได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยให้แก่คนพิการตามโครงการฯ ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

๒.ข้าพเจ้าและครอบครัวที่มีความประสงค์และยินยอมให้มีการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้ตามรายการและระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่กำหนดทุกประการ

๓.เพื่อให้การดำเนินการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยด้วยดี ข้าพเจ้าและบริวารหรือตัวแทนของข้าพเจ้า ชื่อ.....จะอยู่ร่วมมือร่วมแรงและช่วยอำนวยความสะดวกทุกด้านอย่างเต็มกำลังความสามารถแก่คณะทำงานฯ ตลอดระยะเวลาของการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้ โดยไม่เรียกร้องค่าตอบแทนใดๆทั้งสิ้น

๔.ในกรณีที่มีสาเหตุสุดวิสัยหรือความเสียหายใดๆ เกิดขึ้นในระหว่างการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้โดยที่ข้าพเจ้าหรือตัวแทนของข้าพเจ้าได้รับรู้ด้วยแล้ว ข้าพเจ้าและครอบครัวจะไม่เรียงร้องค่าเสียหายหรือสิทธิใดๆ ทั้งสิ้นจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่อย่างใด

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

หมายเหตุ แนบเอกสารประกอบได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของบ้านพักอาศัยและคนพิการในครอบครัว

แบบประมาณการค่าใช้จ่าย

แบบประเมินการค่าซ่อมแซม/ปรับปรุง.....
ชื่อเจ้าบ้าน/สถานที่จัดกิจกรรม.....
สถานที่ดำเนินงานบ้านเลขที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ผู้ประมาณการชื่อ.....นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ค่าวัสดุ		หมายเหตุ
				หน่วยละ(บาท)	รวม (บาท)	

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)
ระยะเวลาดำเนินงาน.....วัน (โดยคำนวณจากปริมาณงาน)
ค่าตอบแทน หมายถึง ค่าจ้างเหมาในการซ่อมแซมบ้านหรือสถานที่จัดกิจกรรม โดยให้ถือปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีด้วยการพัสดุ พ.ศ.๒๕๓๕ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม

ส่วนที่ 8

คู่มือการปฏิบัติงาน
การให้บริการสวัสดิการด้านการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

หลักเกณฑ์ ค่าใช้จ่ายและขั้นตอนในการดำเนินงาน

1. หลักเกณฑ์

1.1 ผู้สูงอายุเป้าหมายที่มีสิทธิได้รับบริการ

- อายุ 60 ปีขึ้นไป
- สัญชาติไทย
- เป็นผู้สูงอายุที่ยากจน ไม่มีลูกหลานเลี้ยงดู หรือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับลูกหลานครอบครัวที่ยากจน

1.2 ที่พักอาศัยของผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับบริการ

1.2.1 ลักษณะของบ้านพักอาศัยของผู้สูงอายุต้องเป็นบ้านพักอาศัยของผู้สูงอายุหรือลูกหลานในครอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุ (ไม่ใช่บ้านเช่าอยู่) และเป็นบ้านพัก ที่ตั้งอยู่ในที่ดินของตนเองหรือของลูกหลานในครอบครัว หรือได้รับอนุญาตให้ใช้ที่ดินจากเจ้าของโดยถูกต้องตามกฎหมาย และเจ้าของบ้านพักอาศัยให้การยินยอมให้มีการปรับปรุง (หากผู้เป็นเจ้าของบ้านพักอาศัยไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ดังกล่าวให้ผู้เป็นเจ้าของบ้านมอบอำนาจให้ตัวแทนในครอบครัวนั้นทำหนังสือยินยอมให้มีการปรับปรุง)

1.2.2 หลักเกณฑ์ในการซ่อมแซมบ้านพักอาศัยของผู้สูงอายุต้องเป็นการปรับปรุงส่วนประกอบของบ้านพักอาศัยรายการที่ชำรุดไม่ปลอดภัย หรือไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ โดยพิจารณารายการที่ควรให้ความสำคัญเบื้องต้น ตามลำดับและตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ ดังนี้

1) บันไดบ้านมีราวให้ยึดเกาะ
2) ห้องน้ำ/ห้องส้วมมีราวให้ยึดเกาะ
3) ห้องนอนอยู่ชั้นล่างหรือบ้านชั้นเดียว
4) ห้องน้ำ/ห้องส้วมอยู่ในบ้าน
5) ชนิดของห้องส้วมเป็นแบบนั่งห้อยเท้า
6) ฝาบ้าน/หลังคา/บันได
7) ห้องนอน/ประตู/หน้าต่าง/ระบบไฟฟ้า
8) ระเบียง/ชานบ้าน

2. กรมกิจการผู้สูงอายุสนับสนุนงบประมาณ ดังนี้

2.1 ค่าใช้จ่ายการซ่อมแซมบ้านพักอาศัยผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุเป็นค่าวัสดุ และค่าตอบแทน ผู้ช่วยเหลือแห่งละไม่เกิน 40,000 บาท

2.2 ค่าบริการจัดการ 1,600 บาท เป็นค่าใช้จ่าย ดังนี้

- ค่าตอบแทนผู้มีวิชาชีพทางด้านก่อสร้าง ซึ่งเป็นผู้ประมาณการปรับปรุงบ้านพักอาศัย/สถานที่จัดกิจกรรมของผู้สูงอายุ หลังละไม่เกิน 600 บาท
- ค่าบริการจัดการอื่น ๆ ค่าป้าย ฯลฯ เป็นเงิน 1,000 บาท/หลัง

3. ขั้นตอนการดำเนินงาน ประกอบด้วย

3.1 การเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่และชุมชน

- คณะกรรมการพิจารณาคัดเลือกคนพิการที่มีความประสงค์ต้องการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย
- คณะกรรมการลงพื้นที่ดูสภาพปัญหาและความต้องการของคนพิการและหรือผู้ดูแลคนพิการ
- ดำเนินการตามโครงการฯและรอผลการอนุมัติจากพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

3.2 ดำเนินการซ่อมแซม

- ควบคุม กำกับการทำงานดำเนินการ ตรวจสอบความเรียบร้อยในการซ่อมแซม
- ถ่ายภาพ 3 ระยะ คือ ก่อนซ่อมแซม ระหว่างซ่อมแซม และเมื่อดำเนินการเสร็จ
- จัดทำป้ายและดำเนินการส่งมอบผลงานในนามกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ให้ปก่ผู้สูงอายุเป้าหมาย

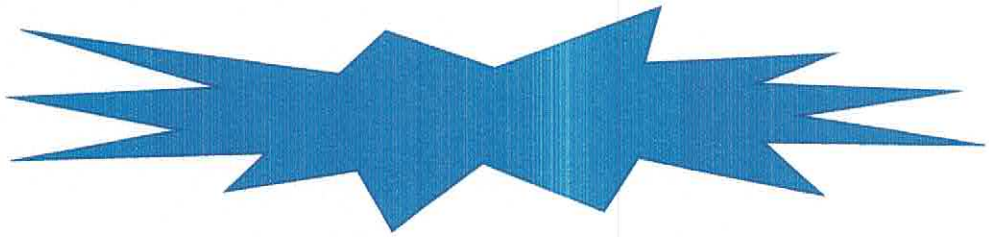
4. รายงานผลการดำเนินการ

4.1 พมจ./องค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคล ติดตามการดำเนินงาน โดยลงพื้นที่ในระหว่าง การปรับปรุงบ้านพักอาศัย

4.2 องค์การบริหารส่วนตำบลทองมงคล สรุปรายงานการดำเนินงานพร้อมภาพถ่ายและบันทึกลงในแผ่น CD หลังดำเนินงานแล้วเสร็จ ส่งให้พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เพื่อรวบรวม และจำทำเป็นรายงานการปรับปรุงบ้านพักอาศัยผู้สูงอายุต่อไป

เอกสารหลักฐานประกอบ

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาทะเบียนบ้านผู้สูงอายุ จำนวน 1 ฉบับ
3. สำเนาหลักฐานที่ดิน จำนวน 1 ฉบับ
4. กรณีที่อยู่อาศัยไม่ได้เป็นผู้สูงอายุจะต้องใช้เอกสารสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของบ้านหรือเจ้าของที่ดิน อย่างละ 1 ฉบับ



แบบสอบถามความต้องการปรับปรุง/ซ่อมแซมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

1. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) ..... นามสกุล .....
   อายุ.....ปี อาชีพ..... รายได้ ..... บาท/เดือน/ปี
2. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ.....
   จังหวัด..... โทรศัพท์ .....
3. เลขบัตรประจำตัวประชาชน/เลขที่บัตรผู้สูงอายุ.....
4. สมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย

ที่	ชื่อ – นามสกุล	อายุ	อาชีพ	การศึกษา	สุขภาพ	รายได้(บ/ด)	หมายเหตุ

5. ลักษณะที่อยู่อาศัย
   ◯ ของตนเอง ◯ อาศัยผู้อื่นอยู่ (โปรดระบุ) .....
   สภาพบ้านที่ต้องการปรับปรุง
   ◯ พื้นบ้าน / หลังคา / บันได
   ◯ ฝาบ้าน / ห้องน้ำ / ประตู / หน้าต่าง / ระบบไฟฟ้า (สวิทช์ไฟ/ปลั๊กไฟ/สายไฟ)
   ◯ ห้องน้ำ / ห้องสุขา
   ◯ ระเบียง /ชานบ้าน
   ◯ อื่นๆ (ระบุ).....
6. ลักษณะการครอบครองที่ดิน ◯ ที่ดินของตนเอง ◯ ที่ดินเช่าจาก (โปรดระบุ) .....

ลงชื่อผู้บันทึกข้อมูล .....
(.....)
ตำแหน่ง .....
...../...../.....

คำขอให้มีการปรับปรุง/ซ่อมแซมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

1. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) ..... นามสกุล ..... อายุ.....ปี
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....อาชีพ..... รายได้..... บาทต่อเดือน/ปี
2. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน .....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด ..... โทรศัพท์ .....
3. สมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย

ที่	ชื่อ – นามสกุล	อายุ	อาชีพ	การศึกษา	สุขภาพ	รายได้(บาท/เดือน)	หมายเหตุ

4. ลักษณะที่อยู่อาศัย
◯ ของตนเอง ◯ อาศัยผู้อื่นอยู่ (ระบุ) .....
สภาพบ้านที่ต้องการปรับปรุง
◯ พื้นบ้าน / หลังคา / บันได
◯ ฝาบ้าน / ห้องน้ำ / ประตู / หน้าต่าง / ระบบไฟฟ้า (สวิทช์ไฟ/ปลั๊กไฟ/สายไฟ)
◯ ห้องน้ำ / ห้องสุขา
◯ ระเบียง /ชานบ้าน
◯ อื่นๆ (ระบุ) .....
5. ลักษณะการครอบครองที่ดิน ◯ ที่ดินของตนเอง ◯ ที่ดินเช่าจาก (ระบุ) .....

ลงชื่อผู้ยื่นคำขอ.....
(.....)
...../...../.....

.....

ความคิดเห็นเจ้าหน้าที่

❍ เห็นควรให้ความช่วยเหลือ .....
❍ เห็นควรให้ความช่วยเหลืออย่างด่วน .....
❍ ไม่เห็นควรให้การปรับปรุง/ซ่อมแซม เนื่องจาก .....

ลงชื่อเจ้าหน้าที่.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
...../...../.....

หนังสือยินยอมในการปรับปรุง/ซ่อมแซมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

ทำที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี เป็น ( ) เจ้าของบ้าน ( ) เจ้าของที่ดิน อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... เป็นผู้ถือกรรมสิทธิ์ในบ้านเลขที่ ..... หมู่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

ขอทำหนังสือฉบับนี้ขึ้นเพื่อแสดงว่าข้าพเจ้ายินยอมให้ .....(หน่วยงาน)..... ดำเนินการปรับปรุง/ซ่อมแซมบ้านให้ ..... อายุ ..... ปี บ้านเลขที่ ..... หมู่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

1. ข้าพเจ้าและผู้เกี่ยวข้อง ได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของการซ่อมแซมบ้านพักอาศัยให้แก่ผู้สูงอายุตามโครงการฯ ของกรมกิจการผู้สูงอายุเป็นอย่างดี

2. ข้าพเจ้าและผู้เกี่ยวข้องที่มีความประสงค์และยินยอมให้มีการซ่อมแซมบ้านพักอาศัยหลังนี้ตามรายการและระยะเวลาที่คณะทำงานของโครงการกำหนดทุกประการ

3. เพื่อให้การดำเนินการซ่อมแซมบ้านพักอาศัยหลังนี้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยด้วยดี ข้าพเจ้าและผู้เกี่ยวข้องหรือตัวแทนของข้าพเจ้าชื่อ.....จะอยู่ร่วมมือร่วมแรงและช่วยอำนวยความสะดวกทุกด้านอย่างเต็มกำลังความสามารถแก่คณะทำงานฯ ตลอดระยะเวลาของการปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้ โดยไม่เรียกร้องค่าตอบแทนใดๆ ทั้งสิ้น

4. ในกรณีที่มีเหตุสุดวิสัยหรือความเสียหายใดๆ เกิดขึ้นในระหว่างการซ่อมแซมบ้านพักอาศัยหลังนี้ โดยที่ข้าพเจ้าหรือตัวแทนของข้าพเจ้าได้รับรู้ด้วยแล้ว ข้าพเจ้าและผู้เกี่ยวข้องจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายและสิทธิใดๆ ทั้งสิ้นจากกรมกิจการผู้สูงอายุแต่อย่างใด

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม

(.....) (ตัวบรรจง)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....) (ตัวบรรจง)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....) (ตัวบรรจง)

<u>หมายเหตุ</u> แนบเอกสารประกอบ ได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยินยอม

ตัวอย่างแบบฟอร์มประมาณการปรับปรุง/ซ่อมแซมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

แบบประมาณการซ่อมแซม.....(ชื่อเจ้าของบ้าน).....

เลขที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ผู้ประมาณการชื่อ..... นามสกุล .....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .....

ที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ค่าวัสดุ		หมายเหตุ
				หน่วยละ (บาท)	รวม (บาท)	

ระยะเวลาดำเนินงาน.....วัน (โดยคำนวณจากปริมาณงาน)

จำนวนวันละ.....คน

รวมเป็นเงิน.....บาท

ลงชื่อผู้ประเมิน.....

(.....)

ตำแหน่ง.....